الاضطرابات السلوكية والانفعالية

دكتورة
ولاء ربيع مصطفى
أستاذ التربية الخاصة المساعد



دار الزهراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

Behavior & Emotional Disorders

د. ولاء ربيع مصطفى
أستاذ التربية الخاصة المساعد

دار الزهراء - الرياض
ت: ٤١١٤٤...
ف: ...٩٥٣٧

ⓒ دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٣٣ هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر
علي . ولاء ربيع مصطفى
الاضطرابات السلوكية والانفعالية ./ ولاء ربيع مصطفى
علي .- الرياض، ١٤٣٣ هـ
٣٢٠ ص . ١٧×٢٤ سم
ردمك : ٠ - ٤٦ - ٨١٢٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨
١- علم نفس الطفل .
٢- اضطرابات الشخصية .
٣- السلوك (علم نفس) . أ. العنوان
ديوي ١٥٥,٤ ١٤٣٣/٩٤٥٥

رقم الإيداع : ١٤٣٣/٩٤٥٥
ردمك : ٠ - ٤٦ - ٨١٢٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨

الطبعة الأولى
١٤٣٤هـ/٢٠١٣م

الرياض - العليا : بين شارعي العليا والضباب ت : ٤٦٤١١٤٤/٦ - ف : ٤٦٥٩٥٣٧
القصيم - بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت : ٣٨٥٠٠٤٣ - ف : ٣٨٥٠١٣١
القاهرة - ١٣٤ شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس ٢٤٠٤٦٣٢٩
E-mail: dar_alzhraa@hotmail.com / ozahraa@hotmail.com
Buraydh: ozahraa2@hotmail.com Cairo: ozahraa3@hotmail.com
www. daralzahraa.com.sa

مقدمة

بسم الله . . والحمد لله . . والصلاة والسلام على أشرف خلق الله ، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم .

وبعد . .

يعتبر مجال التربية الخاصة من المجالات الحديثة التي هي بحاجة دوما إلى مزيد من الكتب والأبحاث ونظرا لأن الكتاب الحالي يدرس فئة الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا ولما لدراسة هذه الفئة من أهمية كبيرة في الوقوف على أسباب هذه الاضطرابات وأنواعها ومحاولات إيجاد حلول وعلاج لمثل هذه الاضطرابات لدى الأطفال الذين هم عصب الأمة وفى صلاحهم صلاح لمستقبل بأكمله .

حيث يشكل الأطفال المضطربين سلوكياً مصدر إزعاجا لكل من يحيط بهم وعليهم أن يتعاملوا معهم حيث أن الاضطرابات السلوكية تشغل وتورق الآباء فالطفل يكون غير قادر على تكوين الصدقات والتواصل مع الآخرين وأيضا يتأثر تحصيله الأكاديمي وتعد هذه الفئة من الفئات التي تبعث الارتباك للمختصين في التربية الخاصة لما لها من تأثير على تكيف الطفل .

وقد حاولت في هذا الكتاب جاهدة أن يتضمن معظم الموضوعات المرتبطة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال حتى يستفيد منه بإذن الله طلاب التربية الخاصة والباحثين في هذا المجال ، والآباء والأمهات والقارئ العادي .

حيث يحتوى الكتاب على عدد من المواضيع الهامة في إحدى عشر فصلاً فيبدأ الكتاب بعرض مقدمة عن الاضطرابات السلوكية الانفعالية ، كذلك الحديث بالتفصيل عن أسباب هذه الاضطرابات بشكل عام ، ثم سرد أهم النظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ثم الحديث عن خصائص وسمات المضطربين سلوكياً وانفعالياً ، كذلك أهم طرق تقييم وتشخيص المضطربين سلوكيا ، الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً ، ثم الحديث عن كيفية ضبط سلوك المضطربين في المجال الصفي .

وأخيراً سرد لأهم الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال مثل (العدوان – اضطراب الانتباه والنشاط الزائد – الاكتئاب – السرقة – الكذب – الخوف والقلق – العناد- الانسحاب الاجتماعي- التوحد) .

وأسأل الله تعالى أن يسهم هذا العمل في إلقاء الضوء على تلك الفئة وكيفية النهوض بها؛ لأنها بحق من أهم الفئات التي تستحق الرعاية والاهتمام ، وأخيرا أدعو الله عز وجل أن أكون قد وفقت في عرض المادة العلمية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال ، وأن يكون كل ما قدم في هذا الكتاب علم ينتفع به وبالله التوفيق ، ، ، ،

المؤلفة

الفصل الأول

مدخل إلى دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية

- تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكياً .
- السلوك السوي واللاسوي .
- تعريفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية .
- محددات الاضطرابات السلوكية والانفعالية .
- نسبة انتشار المضطربين سلوكيا وانفعالياً .
- تصنيفات المضطربين سلوكياً .
- أبعاد الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

الفصل الأول

مدخل إلى دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية

مقدمة :

الأطفال هم براءة الحاضر وابتسامته ، وأمل المستقبل وعماده ، وأمانة استودعها الله بين بني البشر ، فأوجب المحافظة عليهم ورعايتهم (أياً كانت سماتهم ومهما اختلفت أجناسهم وأشكالهم وخصائصهم) ، لذلك وغيره أبدت معظم المؤسسات الاجتماعية اهتماماً واسعاً بهم ، سواء بالتعاون مع الأسرة أو بمعزل عنها ؛ لتنشئتهم وتربيتهم على الشكل الذي يضمن لهم الأمن والاستقرار ، ويعينهم على أن يكونوا سواعد العطاء والبناء لمجتمعهم في المستقبل ، والقدرة على استثمار كافة الإمكانات والوسائل المتاحة لهم في العالم المحيط بهم بشكل إيجابي وفعال .

كما أن الإنسان كائن اجتماعي يعيش ويقضي معظم وقته مع الآخرين وفي جماعات ، يؤثر فيها ويتأثر بها ، ويتحدد سلوكه الاجتماعي على أساس السلوك الاجتماعي المتعارف عليه ، كما أن الفرد المصاب باضطراب في السلوك ، هو بحاجة ماسة إلى مساعدة وتدخل تربوي بأسرع وقت ممكن لتعديل سلوكه ولكي يصبح عضواً صالحاً في المجتمع ، وما يحدث من خطأ نرتكبه بحق هذه الفئة من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية حيث يتجنبهم المجتمع ويطلقون عليهم اسم المنحرفون وما شابه ذلك من صفات سيئة .

إن الاضطرابات السلوكية هي دلالة عن القصور في عملية السيطرة المنسجمة على الذات في إطار تطور الشخصية السليم والتناغم الاجتماعي .

وبما أن سلوك الفرد مع نفسه وبيئته هو الذي يلعب دوراً بارزاً في علاقته معهما فإن أي اضطراب فيه قد يتسبب في حدوث خلل ينطلي على تلك العلاقة ، ولذا فقد ظهر في أوساط الباحثين والمختصين الاهتمام بما سموه ميدان الاضطرابات السلوكية وهو حديث نسبياً ، إلا أنه في وقتنا الحاضر يحظي بعناية واهتمام بالغ ، ذلك مع أنه ليس لأحد أن ينكر كون جذوره غائرة في القدم إلا أن النمط والشكل الحالي المتبع في دراستها بكل جوانبها يعكس آراء وتوجهات حديثة ومواكبة للعصر .

وتعتبر الاضطرابات السلوكية إحدى ميادين التربية الخاصة الحديثة نسبيا ، وتعد أيضا من أكثر المشكلات التي تواجه الأطفال والتي تؤرق الآباء والتربويين . ويتميز الأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية بأنهم غير قادرين على إقامة علاقات صداقة ناجحة ، ونتيجة للاختلاف

في طبيعة الاضطرابات السلوكية وأسبابها وعلاجها ، بالإضافة إلى تعقيد الاضطراب نفسه وتداخله مع اضطرابات أخرى جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات أخرى متعددة للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص فمن المصطلحات التي استخدمت للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص الاضطرابات الانفعالية أو الإعاقة الانفعالية .

إلا أن التوجهات الحديثة في التربية الخاصة تميل إلى استخدام مصطلح الاضطرابات السلوكية Behavior Disorder وذلك للأسباب التالية :

١. إن مصطلح الاضطرابات السلوكية يصف السلوك الظاهر الذي يمكن التعرف عليه بسهولة وبالتالي وضع أساليب علاجية له .
٢. إن مصطلح الاضطرابات السلوكية لا تتضمن افتراضات مسبقة حول أسباب الاضطراب ، وبالتالي فهو مفيد للمعلمين بشكل أكبر .
٣. صعوبة تحديد معايير السلوك الانفعالي السوي وغير السوي .
٤. تختلف معايير السلوك الانفعالي السوي أو الغير سوي من بيئة ثقافية إلى أخرى .
٥. صعوبة قياس الاضطراب الانفعالي وارتباطه بعدد من الإعاقات الأخرى كالعقلية والسمعية والبصرية وصعوبات التعلم .

تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا :

لقد تم التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية عبر التاريخ ، ومع ذلك فقد اختلف هؤلاء حول تحديد الأسباب ، واعتقد البعض أن تفسير الاضطرابات السلوكية يقوم على أساس وجود أرواح شريرة بهم أو مسًا من الشيطان ودخول هذه الأرواح الجسم تسبب اضطراباً في وظائفه ، أو أنهم أقدموا على سلوكيات خاطئة ، أو أنهم كسالي واعتقدت المجتمعات أن هذه السلوكيات معدية ، وعكست طريقة العلاج هذه المعتقدات التي تضمنت العقاب الشديد ، والحبس ، والضرب ، والتقييد بالسلاسل وغيرها من الأساليب الغريبة حيث اعتقد بعض المعالجون البدائيون أن عمل ثقوب برأس المريض لاعتقادهم خروج الأرواح الشريرة من هذه الثقوب وبذلك يتعافى الإنسان .

وما بين الخرافة والعلم بدأنا ننتقل من مرحلة إلى أخرى حتى العصور الوسطى التي بدأت تنتشر وقتها بعض الدراسات العلمية والنظريات المفسرة للاضطرابات من بينها ما تم تدواله فى العصور الوسطى حول أن معظم الأفراد الذين يمتهنون مهنة صناعة القبعات يصابون بالخبل أو الجنون ، وقد تبين أن ذلك يسببه المادة التى استخدموها فى تنعيم اللباد به مما جعلهم ينهون عن استخدام اللباد ، وبذلك توقف حدوث الجنون لصانعي القبعات .

ولقد أنشئت أول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام ١٥٤٧ ، وكانت تعرف رسميًا باسم القديسة مريم من بيت لحم ، وأصبح يدعى Bedlam ، ويدل هذا المصطلح الآن على المكان ذي الصوت العالي؛ حيث تم تقييد الأفراد وضربهم وتجويعهم ، واعتبرت زيارة المؤسسة من الوسائل الترفيهية للعائلة وللأطفال ، وبدأ التغير في القرن الثامن عشر بفضل الأفراد المتطورين مثل (Philippe Pinel) وهو طبيب أمراض نفسية وقد أمر عام ١٧٩٢ بالتغيير الإنساني؛ حيث متع تقييد المرضى النفسيين في مصحة في باريس .

وظهر التطور في الولايات المتحدة الأمريكية في تشخيص الأطفال والبالغين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنة ١٨٠٠ وعلاجهم؛ حيث اعتبر بنجامين (أبو الطب النفسي الأمريكي) إذ إنه اقترح طرقًا أكثر إنسانية في علاج هؤلاء ، وهو من بين الأفراد الذين وقعوا على وثيقة الاستقلال ، ومن مؤسسي الجمعية الأمريكية ضد العبودية وفي القرن التاسع عشر ، عمل ساميثول هيوي (Samuel Howe) على تحسين طرق علاج المرضى العقليين ، وساهمت دورثي دكس (Dorthea Dix) في إنشاء مؤسسات حكومية للعناية بالمرضى العقليين في عدد من الولايات ، وفي عام ١٨٤٤ تم إنشاء هيئة الأطباء المشرفين على المؤسسات الأمريكية للمرضى العقليين التي تدعى الآن جمعية النفسيين الأمريكية ، ومع الأيام فقد الأمل الذي أنشئت من أجله هذه المؤسسات وأصبحت فقط لحماية هؤلاء الأفراد ، وفي نهاية ١٨٠٠ ظهرت في المدارس الصفوف التي تعتني بالأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، وقبل ذلك لم يحصل الأطفال على أية خدمات .

وفي عام ١٨٧١ فتح صف للطلاب المشاغبين في كانتيكي ، وفي عام ١/٩٠٩ أنشأ وليام هيلي (William Healy) مؤسسة للعناية بالأطفال الأحداث المرضى النفسيين في شيكاغو ، وقد أجرى أوجستا وبرونر (Augusta &Bronner) دراسات مهمة حول انتهاكات الأحداث .

وساهمت نظريات فرويد (١٨٥٦ -١٩٣٩) وابنته (Anne) في التأثير على تعليم وعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، وفي القرن العشرين أيقن المختصون بأن الأطفال بحاجة إلى برامج ومعلمين وطرق تدريس خاصة قادت لوريتا بندر (Lauretta Bender) إلى التطور في الخدمات التربوية المقدمة لهم ، وأحدث مفهوم (البيئة الكلية من العطف والعلاج للمرضى النفسيين) ثورة عندما نادى بها كارك مينجر (Karl Menniger) مع أبيه وأخيه .

بدأ برونو بيتلهيم (Bruno Bettelhem) عمله مع الأطفال المعوقين انفعاليًا إعاقة شديدة عام ١٩٤٤ ، في جامعة شيكاغو ، واستمر في استعمال فلسفته حول (البيئة العلاجية) ١٩٤٠-

١٩٥٠ بدأت في الظهور مراكز إقامة للعناية بالأطفال المتعبين (ذوي المشكلات السلوكية) ١٩٤٧ صدر كتاب بعنوان طبيعة مرض وتعليم الأطفال ذوي إصابات الدماغ لستراس وليتنين (Strass and Lehtimen) قدما فيه طريقة لتنظيم تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية .

ثم ظهرت عدة كتب ونشرات جديدة ما بين ١٩٦٠ - ١٩٧٠ ، كما توفرت نتائج الأبحاث حول تعليم هؤلاء الأطفال ، وطور وليم كروكشانك (William Cruickshank) ورفاقه خطوات عمل محددة داخل الغرف الصفية وفي عام ١٩٦٢ نشر كتاب لفيلبس وهارينج (L . Phillips & N . Haring) حول تعليم الأطفال المضطربين سلوكيًا والمعاقين انفعاليًا مؤكدًا على مبادئ السلوكات البينية المنظمة والتفاعل بين الطفل والبيئة والمدرسة والبيت .

وظهرت عدة نشرات عام ١٩٦٧ حول ما تم من خلال تدريس وتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والإعاقة الانفعالية .

وطور إيلي بور (Eli Bower) تعريف الاضطرابات السلوكية ١٩٦٢ ، والذي لا يزال يستعمل نيكولوس هوبز (Nicholas Hobbs) استلم مشروع ١٩٦٠ طور فيه مفهوم البيئة ، وأكد أن على الأطفال العيش في بيئة كامة (المجتمع) أما فرانك هيوت (Frank Hewett) فقد طور وقدم نموذجًا لغرفة الصف بحيث يساعد في تطبيق نظريات السلوك .

وفي عام ١٩٦٥ نشر كتاب لنيومان ومورس (Newman & Morse) حول الصراع داخل غرفة الصف ، وقدم عدة طرق لتدريس هؤلاء الطلاب ، واستخدمت في الجامعات لتدريب المعلمين .

كما قدم رودس وتريسي (Rhodes & Tracy, 1972) أعمالاً حول نماذج لمفاهيم تعليم الأطفال المضطربين ، وقد ساهمت أعمالهم في توضيح الآراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال ، واستمر التطور في تعليم الأطفال ، ولكن لا تزال هناك حاجة إلى تعريف أكثر دقة وعلى التربية الخاصة إيجاد حل حول ملابسات قضية سوء التكيف الاجتماعي وحول قلة عدد الطلبة الذين يتلقون خدمات التعليم ، إن استمرار التطور في التعليم وعلم النفس والطب والتكنولوجيا سيساعد كثيرًا من الأطفال على الاستفادة من التعليم والعيش بشكل مناسب ومرض .

لكن قبل أن نتطرق إلى موضوع اضطراب السلوك علينا معرفة ما هو السلوك السوي ، وما هو السلوك غير السوي ، وكيف نتعلم السلوك السوي وما الذي يؤثر عليه ، وأيضا في البداية علينا أن نفرق بين مفهومي السلوك والانفعال .

ما هو السلوك؟

يوجد تعريفات متعددة للسلوك سوف نتطرق لبعضها ، حيث عرفه جونستون وبيكر ١٩٨٠ Johnston& penny packer على أنه ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته ، والذي يمكن خلاله تحرى حركة الكائن الحي ، أو حركة جزء منه في المكان والزمان ، والذي ينتج عنه تغيير قابل للقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة .

يعرفه عبد الحميد الهاشمي (١٩٨٦ : ١٣) بأنه كل ما يصدر عن الإنسان الحي من نشاط شخصي يتصل بطبيعته الإنسانية والتي يستدل به على حياته البشرية النشطة .

ويعرفه جمال الخطيب (١٩٩٠ : ٢٠) بأنه الظاهرة التي يهتم علم السلوك الإنساني بدراستها .

السلوك هو أي نشاط (جسمي ، عقلي ، اجتماعي أو انفعالي) يصدر من الكائن الحي نتيجة لعلاقة دينامية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به . والسلوك عبارة عن أنه استجابة أو استجابات لمثيرات معينة . السلوك خاصية أولية من خصائص الكائن الحي .

والسلوك هو أفعال الفرد السيكولوجية (النفسية) وردود الأفعال والتفاعلات التي تكون بمثابة استجابة منه للمثيرات الداخلية والخارجية .

والسلوك متعلم عن طريق التنشئة الاجتماعية ويتضمن اتصالاً اجتماعياً . التنشئة الاجتماعية هي تفاعل اجتماعي في شكل قواعد للتربية والتعليم يتلقاها الفرد في مراحل عمره المختلفة منذ الطفولة حتى الشيخوخة من خلال علاقته بالجماعات الأولية (الأسرة ، المدرسة ، الجيرة ، الزملاء ...الخ) وتعاونه تلك القواعد والخبرات اليومية التي يتلقاها في تحقيق التوافق الاجتماعي مع البناء الثقافي المحيط به من خلال اكتساب المعايير الاجتماعية والاتجاهات والقيم السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه .

كما تساهم عملية التنشئة الاجتماعية في التوفيق بين دوافع الفرد ورغباته ومطالب واهتمامات الآخرين المحيطين به . وللتنشئة الاجتماعية دور أساسي في تحديد أنماط سلوك الإنسان وتأثير بالغ في تحديد جوانب علاقاته الاجتماعية ، وفي بناء شخصيته .

كيف نتعلم السلوك؟

يمكن أن نتعلم السلوك من الأمور التالية :

التعلم المؤثر :

الاستجابات المرغوب بها يحدث لها تدعيم وبهذا يعلم الفرد أن هذا النمط السلوكي يتفق والمعيار المرغوب فيه فيتعلمه .

التعلم المباشر :

تمكين السلوك وتدعيمه عن طريق الرموز والتوجيهات الشفوية فيكافأ الفرد بالاستحسان أو التوبيخ في حالة الفشل في أداء السلوك المرغوب فيه .

التعلم العرضي :

عندما ينطق الطفل بعض الألفاظ أو العبارات غير المهذبة أو غير اللائقة والتي قد تثير ضحك الكبار ، مما يدعم استخدام الطفل لهذه العبارة أو اللفظ ، ورغم أن التدعيم عرضي غير مقصود إلا أنه يزيد من تكرار الطفل لهذه الألفاظ غير اللائقة لأن في تكرارها إثارة لانتباه ولفت أنظارهم .

آثار العقاب :

تلجأ كثير من المجتمعات إلى استخدام أنواع العقوبات بغية استبعاد أنماط من السلوك غير المرغوب فيه . وليس لتكوين أنماط سلوكية معينة فيلجأ إليه الآباء والمربون . ويرى بعض علماء النفس أن العقاب قد يكبت سلوكاً معيناً بصفة مؤقتة لأنه يضعف الدافعية لأداء العمل ، أن العقاب قد يؤدي إلى تعلم غير مقصود فيتعلم الطفل أن ينكر أفعالاً قام بها يتوقع أن يعاقب عليها هرباً من العقاب وقد يتكرر هذا الأمر فيصبح "عادة" لديه .

التعلم من النماذج :

يُشغل الأطفال بأفعال تشبه إلى حد كبير أفعال الآباء والأقارب وأبطال السينما والتلفزيون ، وهو سلوك يبدو فيه التقليد أو المحاكاة بصور غريزية .

التقمص :

إن مفهوم التقمص له علاقة وثيقة بالتقليد ، وأنه في أوقات كثيرة يعامل المفهومين بصورة تبادلية .

العوامل المؤثرة في تنمية السلوك :

أولاً : الثقافة :

يتأثر الفرد في عمليات التنشئة الاجتماعية بالثقافة العامة للمجتمع الذي يعيش فيه . وتشمل : المعتقدات والتقاليد ، والعرف ، والقواعد الأخلاقية والدينية ، والقوانين والفنون والعلوم والمعارف ، والتكنولوجيا .

ثانياً : الأسرة :

الأسرة هي أهم وأقوى الجماعات الأولية وأكثرها أثراً في تنشئة الطفل وفي سلوكه الاجتماعي ، وفي بناء شخصيته . فالأسرة هي التي تهذب سلوك الطفل وتجعله سلوكا اجتماعياً مقبولاً من المجتمع ، وهي التي تغرس في نفس الطفل القيم والاتجاهات التي يرتضيها المجتمع ويتقبلها .

وبذلك يمكن للطفل أن يمتص المعايير والقيم التي يعتنقها الآباء مما يساعد على عملية التطبيع الاجتماعي .

الفرد الذي حرم من الحب أثناء طفولته لا ينتظر منه أن يعطى حباً للآخرين ، لأن فاقد الشيء لا يعطيه .

- **العلاقة بين الوالدين :**

علاقة الوالدين بعضهما ببعض لها أهمية كبيرة في سلوك الفرد فالسعادة الزوجية تحقق للأطفال تنشئة اجتماعية سليمة . تناحر الوالدين وصراعهما يعرض الطفل لصراع نفسي أليم ، ويهدد أمنه وسلامة حاجاته للانتماء عندما يشهد هذا الصراع ويسمع ألفاظاً قاسية لا يستطيع أن يهرب من آثارها النفسية ، فقد تؤدي هذه الخلافات بين الوالدين إلى أنماط من السلوك المضطرب لدى الأطفال كالغيرة والأنانية والخوف وعدم الاتزان الانفعالي .

- **العلاقات بين الوالدين والطفل :**

إن علاقة الوالدين بالطفل وكيفية معاملته تلعب دوراً هاماً في تكوين سلوكه وشخصيته . فالطفل الذي تقوم علاقته بأبويه على أساس قدر من الإشباع المناسب للحاجات البيولوجية والنفسية نتوقع له شخصية مستقبلية سليمة تتوافر لها دعائم الاتزان الانفعالي والقدرة على التوافق والتعاون مع الآخرين ، وعلى العكس من ذلك عندما تكون العلاقة بين الوالدين والطفل قائمة على الإفراط في الحب والتدليل والتصاق الطفل بأبويه فإنها ستفرز شخصية اتكالية مفرطة وأنانية ، تتميز بضعف الثقة بالنفس ، وعدم القدرة على التعاون والتوافق مع الآخرين . أما إذا كانت علاقة الأبوين بالطفل تقوم على الصرامة والقسوة أو عدم إشعار الطفل بالحب ، فإن ذلك

يجعل الطفل ميالاً للشر والإيذاء ، ويجعله يميل للتشاؤم أو عدم المبالاة أو السلبية أو العدوان ، وقد يصب الطفل عدوانه على الأسرة ذاتها أو على المجتمع المدرسي .

كذلك تؤثر اتجاهات الوالدين على الأطفال من حيث تفضيلهما جنس على آخر ، كتفضيلهما الذكور على الإناث ، أو تمييزهما طفل على آخر لسمات أو أخرى يتميز بها على أخوته ، كذلك التذبذب في المعاملة كأن يكون الأب صارماً قاسياً والأم متسامحة أو مغالية في التدليل .

- **العلاقة بين الإخوة :**

علاقة الإخوة بعضهم ببعض واتسامها بالانسجام والتوافق وعدم الصراع له أثر كبير في نمو شخصية الأطفال ، فعدم الغيرة وحب الإخوة بعضهم لبعض يقوم بغرسه الآباء بعدم التفرقة في المعاملة وعدم تفضيل طفل على آخر بسبب جنسه أو ترتيبه في الميلاد أو بسبب تميزه بالتفوق في سمات عقلية أو مزاجية .

ثالثاً : المدرسة :

المدرسة ضرورة اجتماعية لجأت إليها المجتمعات لإشباع حاجات تربوية وتعليمية عجزت عن تأديتها بيئة الأسرة بعد تعقد الحياة . فأصبحت المدرسة مؤسسة اجتماعية متخصصة يلقن فيها الطلاب العلم والمعرفة ونقل الثقافة من جيل إلى جيل . المدرسة تسعى لتحقيق نمو الطفل جسمياً وعقلياً وانفعاليا واجتماعياً مما يحقق إعداد الفرد وتنشئته التنشئة الاجتماعية السليمة ليكون مواطناً صالحاً معداً للحياة .

فعندما ينتقل الطفل من بيئة الأسرة إلى بيئة المدرسة يحمل معه الكثير من الخبرات والمعايير الاجتماعية والقيم والاتجاهات التي تلقنها وتدرب عليها في المنزل ، فدور المدرسة أساسي في إتمام ما أعده البيت . والمدرسة مجال رحب لتعليم الطفل المزيد من المعايير الاجتماعية ، والقيم والاتجاهات والأدوار الاجتماعية الجديدة بشكل مضبوط ومنظم .

رابعاً : جماعة الأقران والرفاق :

بنمو الطفل وخروجه من نطاق ودائرة الأسرة تتسع علاقاته الاجتماعية فبعد أن كان يلعب مع أخوته وأقاربه يمتد هذا اللعب إلى جماعة الأقران والأنداد ويكون معهم علاقات وتفاعلاً اجتماعياً من نوع جديد . فالتفاعل مع هذه الجماعات الجديدة يكون على قدم المساواة إذ أن جماعة الأقران غالباً ما تضم أعضاءها من نفس السن ، وأحياناً من نفس الجنس .

وتأثير الأطفال بعضهم على بعض له مميزاته وفوائده في تشكيل حياتهم الاجتماعية واكتسابهم الكثير من الخبرات المتنوعة ، وفي إشباع حاجاتهم النفسية مما يساعدهم على النمو الاجتماعي ، فضلاً عن النمو النفسي .

فالطفل المحروم من صحبة أطفال آخرين يشاركهم اللعب ، طفل معزول يعتبر في غربة ووحشة ويحس بالضيق والملل الذي ينتاب حياته ، ويعيش في عالم من الأوهام ، في حين أن الطفل الذي له أصحاب من الأطفال الآخرين يعيش في عالم واقعي مليء بالبهجة والسعادة .

خامساً : وسائل الأعلام :

الكلمة المكتوبة، أو المسموعة، أو المرئية تحيط الأفراد بالمعلومات، الأخبار، الأفكار والاتجاهات حيث تعمل هذه الوسائل بطرق متعددة لاستمالة الأشخاص الذين توجه إليهم الرسالة دون وجود عمليات التفاعل الاجتماعي المباشر .

إن وسائل الإعلام تعكس نماذجاً متعددة من المشكلات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية بطرق جذابة تشد الانتباه فتترك تأثيراً كبيراً على سلوك الفرد .

السلوك السوى والسلوك اللاسوي (الشاذ) :

يتكون السلوك العادي من تفاعل مجموعة كبيرة من القوى ، بعضها داخلي والبعض الآخر منها خارجي؛ وذلك حين يحاط الموقف بمؤثرات خارجية . وقد يبدو لدى البعض بأن السلوك بسيط في مظهره ، ولكنه في واقعه أعقد بكثير .

السواء في الصحة النفسية تعنى " التصرف ضمن معايير مقبولة بعيدا عن الصراع والاضطراب العقلي " وقد اختلف العلماء في تعريفهم للسوي فنجد (فرويد Freud) يقول : الشخص السوي هو القادر على الحب والعمل ، أما (ماسلو Maslow) فيرى ان السوي من استطاع ان يحقق ذاته في حين يرى (رانك Rank) أن السوي هو الشخص المبدع أما كلا من (كاتل Cattel وجيلفورد Guliford) فيران أن السوي هو من يخلو من الاضطرابات العصابية والذهانية بشكل نسبي ، إن من أهم السمات التى تميز الشخصية السوية هو وجود علاقة صحية مع الذات ويعنى ذلك فهم الفرد لذاته وتقبله وتطويره لها ووجود مرونة في التفكير بحيث يقوم الفرد السوي بوضع بدائل للسلوك الذي يقود إلى تحقيق الهدف كى لا يصاب بالفشل والإحباط كما يتميز أيضا بالواقعية فالشخص السوي هو الذي يضع لنفسه أهدافا ضمن إمكانياته الفعلية حتى لا تؤدى به إلى الفشل مما يقود صاحبه إلى الشعور بالأمن .

ويعتبر السلوك السوي أو الصحي مظهر من مظاهر الصحة النفسية السليمة ولكنه ليس مرادفا للصحة النفسية ، فالصحة النفسية هي الحالة النفسية العامة ، والسلوك السوي هو ما يدل عليها .

ويعرف السلوك السوي بأنه ذلك السلوك الذي يواجه الموقف بما يقتضيه ذلك الموقف في حدود ما يغلب على سلوك الناس تجاه نفس الموقف . فإذا كان الموقف يستدعي الحزن ظهر سلوك الحزن ، وإن كان يستدعي الضحك ظهر سلوك الضحك وهكذا . ، وإذا كان هناك سلوكاً مغايرا للواقع تم استهجانه واستغرابه كالضحك فى المأتم بدل البكاء .

خصائص الشخصية السوية :

بينت العديد من الدراسات أن الشخصية السوية تتمتع بالخصائص التالية :

١- قدرة عالية على الاستبصار وتقدير الذات وعدم المبالغة في تقدير الذات .

٢- شعور مرتفع بالأمن .

٣- ثبات الفرد في أقواله .

٤- عدم وجود فجوة كبيرة بين الأهداف التي يضعها الفرد لنفسه وبين علاقته مع الآخرين وقدراته .

٥- الاستفادة من الخبرة السابقة بحيث يعدل ويغير من سلوكه على أساس تعلمه من المواقف السابقة .

٦- تناسب انفعالاته مع المثيرات .

٧- الموازنة بين تلبية الحاجات الجماعية واستقلالية الذات .

٨- إشباع الحاجات الفسيولوجية على نحو مقبول .

٩- المرونة بحيث يستطيع الفرد إيجاد البدائل للسلوك الذي يفشل فى الوصول إليه وتحقيقه .

١٠- الواقعية في التعامل مع حقائق الواقع .

أما (اللاسواء أو الشذوذ) فهو : الانفراد عن الجمهور والاختلاف عن العادي وهو في علم النفس الانحراف عما يعد سويا ويتحدد حسب شدة أعراضه وكذلك الاستمرارية فيه .

إن مشكله التميز بين السلوك السوي والسلوك غير السوي من المشكلات التي واجهت الباحثين في المجال الإكلينيكى ، إن صعوبة الاتفاق على تعريف واحد للسواء أو الشذوذ خلق صعوبات كبيرة في التفريق بين السوي وغيره وهذه الصعوبات لم تمنع العلماء من محاولة وضع محكات للكشف عن السلوك السوي .

كذلك فقد استخدم المهتمون في هذا المجال معايير أخرى شائعة للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ وهذه المعايير هي :

١. **المعيار الإحصائي** : ويقصد به الندرة الإحصائية ، إذ يعتبر سلوك الفرد شاذا إذا انحرف بشكل ملحوظ عن المتوسط الحسابي فالأفراد الذين تشبه سلوكياتهم أغلبية الناس يوصفون بأنهم عاديون ، وبالمقابل فان الأفراد الذين تختلف سلوكياتهم عن الأغلبية بشكل ملحوظ يوصفون بأنهم شواذ .

٢. **المعيار النفسي الموضوعي** : ويتضمن تحليل الحادثة السلوكية بطريقة موضوعية وإجراء الاختبارات النفسية وجمع البيانات عن طريق دراسة الحالة والوصول إلى تشخيص إكلينيكي وتحديد الانحراف عن الصحة النفسية المثالية .

٣. **المعيار الاجتماعي** : ويقصد به الاحتكام إلى عادات وتقاليد وقيم المجتمع . فيعتبر السلوك شاذا إذا خالف عادات وتقاليد المجتمع وطبيعيا أو سويا إذا توافق مع هذه العادات والتقاليد .

٤. **المعيار الطبيعي** : يعتبر هذا المعيار من أقدم المعايير ، حيث يرى القائلون بهذا الاتجاه بأن الطبيعة كاملةٌ من حيث الأصل ، وأن الشذوذ هو الانحراف عن أشكل السلوك الظاهري للطبيعة الأصلية لأنواع الحيوان ، فلدى كل حيوان من الحيوانات الدوافع والغرائز التي زُوّد بها وبالتالي ارتبطت بسببها أنماط من السلوك الأساسية لديه .

إن الاستوائية أو النظامية في هذا المعيار يعتمد على العمل وفق ما تقتضيه الطبيعة ، ما الشذوذ فيكون عند الناس عندما يعملون بما يخالف الطبيعة ـــ حسب وجهة نظر من يتبنى هذا المعيار في تحديد الشذوذ .

٥. **المعيار النفسي الموضوعي** : وينطلق هذا المعيار من فكرة النظر إلى الوظائف العملية المعقدة التي ينطوي عليها السلوك ، ويعتقد منظرو هذا المعيار بأن الشذوذ يكمن في الاضطراب الشديد الذي تظهر آثاره في السلوك ووظيفته . حيث يقول "جاسترو" في حديثه عن الشاذ والسوي أن (الشذوذ لا يكمن في الحادث العجيب ، ولا هو مجرد الاختلاف عن الغير ، وإنما يكون الشذوذ في تلك الحالة التي تختلف عن غيرها التي يقودنا تحليلنا إليها إلى معرفتنا حول طبيعتها لتكشف لنا هي نفسها عن المعنى الحقيقي للشذوذ) .

وهناك مفهوم يدعى مفهوم "فحص الحالة" ، ولهذا المفهوم اتجاهان في تطبيقه للتأكد من وجود حالة الشذوذ ، وهذان الاتجاهان غالباً ما يؤديان إلى نفس النتيجة ، وهما :

أ ــ اتجاه يعتمد على تحليل الحالة النفسية في وظائفها ونوع نشاطها وأعراضها والآثار التي تخلفها في سلوك الفرد ، من حيث أن السلوك هو محصلة لمجموعة من الوظائف .

ب ــ اتجاه ينطلق من نظرية النظم في تكون السلوك ، فهو ينظر إلى الشخصية على أنها منظومة معقدة تنطوي على عدد من النظم الفاعلة النشطة والمتداخلة ، وإن الاضطراب الذي يحدث في السلوك ليس إلا أذىً يلحق بعنصر قابل للتغير ضمن نظام من الأنظمة ، وأثر في عمل ذلك النظام ، ونتج عن ذلك تغير في عمل النظام أدى وره إلى التأثير على أنظمة أخرى .

٦. **المعيار التكاملي** : يسميه البعضُ المعيار التكاملي بالسريري لأنه معيار مرن واسع ، يمكننا من صياغة التفاصيل الدقيقة لتعريف الفرد المبني على معرفة خصائصه الفردية ومتطلباته الأساسية .

ويشمل هذا المعيار التكيف والتكامل والنضج وإرضاء الذات وسلامة المجتمع ، ويتجاوز المعيار التكاملي حقيقة التكيف الفردي إلى الشروط الاجتماعية التي يفرضها العلم والتجربة ، وكذلك فهو يحترم قيمة الفرد ويمنحه الحرية في الاختيار ، وهذا المعير لا يتفق مع ما هو شائع ، بل يتفق مع المعرفة المتوفرة حول الفرد والمجتمع وحاجات الكائن البشري على مختلف المستويات العضوية والنفسية والاجتماعية .

إن لهذا المعيار آثار هامة وتطبيقات مفيدة في تشخيص السلوك الشاذ وعلاجه والوقاية منه ، فلا يعالج الفرد الشاذ بإخضاعه للشروط الاجتماعية القائمة بصرف لنظر عن الطبيعة الذاتية لذلك الفرد ، بل يعتمد على تصحيح شخصية الفرد وتقويتها ودفعها للنمو في مساراتها الفردية ، بالإضافة إلى تصحيح علاقاته بالأسرة وسائر الأوضاع الاجتماعية التي تعيقه وتمنعه .

والانفعال (حامد زهران :١٩٩٧) هو حالة شعورية مركبة يصحبها نشاط جسمي وفسيولوجي مميز والسلوك الإنفعالى سلوك مركب يعبر أما عن السواء الإنفعالى أو عن الاضطراب الإنفعالى .

أما الاضطراب :

الاضطراب : Disorder or Disturbance اضطرب بمعنى تحرك على غير انتظام ، وضرب بعضه البعض الآخر ، واضطرب الأمر بمعنى اختل ، وأصبح غير منتظم . والاضطراب أيضاً بمعنى التباين والاختلاف Differentiation – فيعنى لغويا الضعف أو الخلل

أو الفساد ، وهو مصطلح يستخدم في علم النفس بصفة عامة وعلم النفس الإكلينكي بصفة خاصة لوصف الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الإنفعال أو السلوك ، ويعنى سوء توافق الفرد مع ذاته ، ومع الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه أى أن هذا الاضطراب يعني مجموعة من الأعراض تعكس سوء توافق الفرد ، ولكن هذه الأعراض لم تتطابق أو تتفق مع وصف معين ومحدد لأحد الأمراض .

والاضطراب الانفعالى Emotion Disorders حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو بالنقصان ، فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر اضطراباً انفعالياً بل يعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة ، أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطرابا انفعالياً .

كما يعرف هارنج وفيلبس ١٩٦٢ الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية هم أولئك الذين لديهم مشاكل خطيرة قليلة كانت أو كثيرة مع الأفراد الآخرين (الأقران ، الأهل ، المدرسين) ، وهم أولئك الأطفال غير السعداء أو غير القادرين على تقديم أنفسهم بطريقة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم ، وبشكل عام فإنه يمكن القول بأن الطفل المضطرب انفعاليا هو الذي يتعرض للفشل بشكل كبير في حياته بدلا من النجاح .

كما يعرف نيوكمر ١٩٨٠ الاضطراب الانفعالى على أنه الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذى فيه نفسه والآخرين ، وفي هذه الحالة نقول أن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي .

ومن أمثلة الاضطرابات الانفعالية (الخوف – القلق – الغضب – الغيرة – الاكتئاب – الفزع – التبلد أو اللامبالاة – عدم الثبات الانفعالي – الخجل – أحلام اليقظة – وسوء التوافق (الزواجى – المهني) .

أما الاضطراب السلوكي : فهو لفظ عام يستخدم لوصف اى نمط شاذ أو غير توافقي في السلوك يصل إلى الدرجة التي يتعين عندها أن تسترعي انتباه الأخصائيين .

ولقد ظهرت تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك ، ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك للأسباب التالية :

١. عدم وجود تعريفات محددة ودقيقة لكل من الصحة النفسية والسلوك العادي .
٢. وجود صعوبات عديدة في قياس الانفعالات والسلوك .
٣. وجود علاقات عديدة بين الاضطراب السلوكي والاضطرابات الأخرى .

٤. تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك .

وللتغلب على هذه المشكلة تم الاحتكام على **عدد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ وهذه المعايير :**

١. **تكرار السلوك :** ويقصد به عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة .
٢. **مدة حدوث السلوك :** ويقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك .
٣. **شدة السلوك :** ويقصد به التطرف في شدة السلوك فإما أن يكون غير مرغوب فيه وقويا جدا أو مرغوب فيه وضعيفا جدا .

أهم التعريفات التى تناولت الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

وبالنسبة للمضطربين سلوكيا فقد تم تعريفهم من أكثر من منحى (الاجتماعي – النفسي – التربوي – القانوني) .

تعريف السلوك المضطرب بصفة عامة :

يعرفه جمعة يوسف **(٢٠٠٠ : ٢٩)** هو النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت أو المدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع ، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين .

كما أن له عدة مسميات منها اضطرابات السلوك (Behavior Disorders) أو الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disturbances) أو الإعاقة الانفعالية (Emotional Impairment) كلها مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون ، وبشكل متكرر ، أنماطا منحرفة أو شاذة من السلوك عما هو مألوف أو متقطع .

تعريف نيوكمر Newcomer 1980 :

الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته . ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤذي فيه نفسه أو الآخرين ، في هذه الحالة نقول إن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي .

تعريف روبنز (١٩٧٨) Robins :

إن الاضطراب السلوكي من بين مشكلات الأطفال يميل إلى إن يكون ثابتا عبر الزمن . ولا ينطبق هذا الثبات على العديد من الأشكال الأخرى من اختلال الأداء الوظيفي التي يتم الشفاء

منها على مدار مضمار النمو . وبذلك فعندما يبدي الأطفال نمطا ثابتا من أنماط السلوك المضاد للمجتمع كالأفعال العدوانية الموجهة اتجاه الآخرين على سبيل المثال يكون من غير المحتمل أن يتخلص هؤلاء الأطفال منها ببساطة .

بالنسبة للمنحى الاجتماعي :

وعرف كوفمان Kauffman 1977 المضطربين سلوكياً بأنهم : الأشخاص الذين يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة .

تعريف وودي (Woody , 1968) :

الأطفال غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول ، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي ، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي ، ووفقا لذلك فإن لديهم صعوبات في : تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام ، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة ، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة .

تعريف روس (Ross 1974) :

الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد ، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد .

أما بالنسبة للمنحنى النفس اجتماعي :

- **تعريف جروبرد ١٩٧٣** : الاضطرابات الانفعالية هى تشكيلة من السلوكيات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ ، وتتكرر باستمرار (مزمنة) ، وتخالف توقعات الملاحظ ، وتتمثل في الاندفاع ، والعدوان ، والاكتئاب والانسحاب .

من التعريفات الأكثر قبولا هو **تعريف بور Bower** الذي أدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين ، حيث يعرف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأنهم يجب أن تتوفر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية :

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية .

- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين أو الأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات .
- ظهور أنماط غير مناسبة في المواقف العادية .
- مزاج عام من الكآبة والحزن .
- الميل إلى تطوير أعراض جسمية ، آلام أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية أو مدرسية .

أما من الناحية التربوية فيمكننا تعريف الاضطرابات السلوكية كما يلي :

- **تعريف هويت وفورنس ١٩٧٤ :** الطفل المضطرب سلوكيا هو الطفل الغير منتبه في الصف ، منسحب ، غير منسجم ، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المعلم والمدرسة .
- **تعريف لامبرت وباور :** الطفل المضطرب انفعاليا هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه بين المتوسط والحاد ، وان هذا الانخفاض في السلوك يعمل بدوره على تخفيض قدرته على أداء واجباته الدراسية بفاعلية ، وكذلك في تفاعله مع الآخرين ، مما يؤثر على خبراته الاجتماعية والتربوية ويجعله عرضه لواحدة أو أكثر من النماذج السلوكية الخمسة التالية بشكل واضح :

١- عدم القدرة على التعلم التي لا ترتبط بالعوامل العقلية أو الحسية أو العصبية أو بالصحة العامة وإنما ترتبط بالمشاكل السلوكية .

٢- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع الأقران ، والمدرسين والاحتفاظ بها .

٣- أنماط غير ملائمة وغير ناضجة من السلوك والمشاعر في الظروف العادية .

٤- مزاج عام من الشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب .

٥- ميل لظهور أعراض جسمية مثل مشاكل في النطق والكلام وآلام في الجسم ، ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية أو مدرسية .

كما يعرف رينرت (Reinert) :

الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكا مؤذيا وضارا بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي ، أو على تحصيل أقرانه ، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين .

كما **يعرف (جمال الخطيب ، منى الحديدي :١٩٩٧)** الأطفال المضطربون سلوكيا بأنهم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية : عدم مقدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية ، عدم

القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين ، ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية ، شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة ، نزعة نحو معاناة أعراض جسمية وآلام ومخاوف في ما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية .

وبعض الأفراد يمكن أن يكون لديه صعوبات اجتماعية وانفعالية، ولكن أداءه الأكاديمي يندرج تحت نطاق العاديين . والبعض الآخر يمكن أن يكون لديه هذين النمطين من الصعوبات : الصعوبات الأكاديمية والمعرفية والصعوبات الانفعالية الاجتماعية بصورة أساسية ومستقلة عن الصعوبات أو المشكلات الأكاديمية . والبعض الآخر تكون الصعوبات الانفعالية الاجتماعية نتيجة للصعوبات الأكاديمية .

- **أما من الجانب القانوني :**

فقد استخدم كلا من كفارسيوس وميلر مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات السلوكية لان الأحداث الجانحين يظهرون كثيرا من المشاكل السلوكية المشابهة لمشاكل الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا ، وقد عرف جنوح الأحداث من الوجهة القانونية بأنه سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة وذلك بشكل متكرر وخطير ، بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كان فردا أو جماعة .

محددات الاضطرابات السلوكية :

ليس من السهل إعطاء محددات ثابتة للاضطرابات السلوكية يمكن من خلالها الحكم على السلوك ، حيث أن لكل مجتمع محدداته ولكل مدرسة رأيها ونظرتها الخاصة في هذا المضمار ، كما أن لكل مختص أو باحث وجهة نظر يستند إليها اتجاهه ، وللاقتراب أكثر من المحددات الأساسية للاضطرابات السلوكية كان لا بد من عرض بعض الآراء للباحثين والمختصين نحوها ؛ بغية الوصول إلى صورة قد يتفق عليها معظم من أورد تلك المحددات ويكون من شأنها المساعدة في إرساء قواعد سليمة يرتكز عليها ضمن الدراسة الحالية ، وذلك على النحو التالي :

فقد أشار " Kirk " إلى أنها تتألف من أفعال لها أثر معوق لتوافق الطفل أو تتدخل وتعطل حياة الآخرين ، وأوضح " Pate " أن الطفل يكون مضطرباً حين يبلغ درجة من عدم الملاءمة والانتظام في حجرة الدراسة العادية فيشتت بقية التلاميذ ويعطل المدرس ويعرضه لضغط مفرط وغير ضروري ويؤدي لمزيد من اضطراب وانزعاج الطفل ذاته ، وأضاف

Bower إلى تلك المحددات ثلة من السمات التي قد يظهر بعضها لدى الطفل ومنها تدني مستواه العلمي دون أسباب عقلية أو حسية أو صحية ، وعجزه عن تكوين علاقات بين شخصية جيدة أو مستمرة مع من حوله ، عدم ملاءمة سلوكه ومشاعره مع مواقف حياته ، الشعور بالكدر والتعاسة وظهور أعراض نفسجسمية لديه بدرجة ملحوظة وعبر فترات زمنية طويلة . (هنلي وآخرون ، ١٩٧ -١٩٦ : ٢٠٠٤) .

ذكرت (كازدين ، ٣٣ : ٢٠٠٣) أن ثمة سمات تميزها وتشمل حدة واستمرارية وتكرار السلوك وحدوث العديد منها معاً وتعطيل الأداء الوظيفي اليومي .

هذا ويفيد (جمال القاسم وآخرون ، ٢١ : ٢٠٠٠) بأن هناك ثلاث محكات أساسية لها وهي انحراف السلوك عن المعايير الاجتماعية ودرجة ومدة تكرار السلوك واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات .

بينما لخص (يوسف ، ٣٥ : ٢٠٠٠) المحددات التي يمكن أخذها بعين الاعتبار عند الحكم على الاضطرابات السلوكية فيما يأتي :

١- أن تظهر هذه الاضطرابات ـ عادة ـ في مرحلة مبكرة من حياة الفرد ، خاصة مرحلة الطفولة والمراهقة سواء استمرت أو اختفت فيهما أو تعدتهما لمراحل تالية .
٢- أن تكن وظيفية وليست عضوية .
٣- أن تكون أولية وليست ثانوية كأعراض لاضطرابات أخرى .
٤- أن تكون ذات ثبات وبقاء نسبي .
٥- ألا تقتصر على الأشكال العدوانية والعنيفة .
٦- ألا تحدد بانتهاكها للقيم والمعايير السائدة .
٧- أن تكون قابلة للملاحظة والقياس .
٨- أن تكون من أشكال السلوك الإرادي الخاضع للتحكم والمرشد بالبصيرة والذكاء .

ومما سبق يتضح مدى التقارب أحياناً والاختلاف أحياناً أخرى في آراء الباحثين نحو محددات الاضبطرابات السلوكية .

نسبة انتشار المضطربين سلوكياً وانفعالياً :

بمقدار الصعوبة التي واجهت الباحثين والمختصين في إعطاء تعريف موحد والاتفاق على محددات دقيقة للاضطرابات السلوكية كانت إمكانية الوصول لنسب ثابتة توضح مدى انتشارها في أي مجتمع ـ حتى في ظل التطور الواضح في أساليب وأدوات القياس

النفسي ـ فتحـديد مدى انتشارهـا يعتمد في قلتـه وكثرته بين الأطفـال على طبيعة كل منهمـا ، بالإضـافة إلى الأدوات المستخدمـة في تقويم التلاميـذ والأفراد الذيـن يقومون بالتقويـم .

وبالتالي ليس هناك نسبة نهائية أو أرقام محددة لتحديد نسبة انتشار المضطربين سلوكياً ، ولا تزال هناك حاجة ماسة لدراسة عميقة على عينات مختلفة من المجتمع ، وإن الحصول على عينة تمثل المجتمع الأصلي قد يكون أمراً ممكناً إذا ما استخدمنا الأساليب الإحصائية الحديثة ، ولكن المشكلة تتمثل في التعريف الذي سنعتمد عليه في تشخيص الاضطرابات السلوكية من جهة ، ومن جهة أخرى من الصعب تحديد مدى لعدم وجود تعريف واضح متفق عليه للاضطرابات السلوكية والانفعالية ، مما يجعل تشخيص الحالات والتعرف عليها غير موضوعي . فإن معايير السلوك السوي أو السلوك المضطرب تختلف من مجتمع لآخر ، ومن ثقافة لأخرى .

ويعتبر ويكمان (Wickman, 1928) أول من أشار إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المدارس ، ومنذ ذلك التاريخ بدأت الدراسات والأبحاث لتحديد حجم مشكلة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وفي عام ١٩٦٩ قدر مكتب التعليم في الولايات المتحدة (USOE) عدد الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا والذين تتراوح أعمارهم بين صفر و١٩ سنة حوالي (٧٦٧١٠٨) فردًا من المجموع الكلي ، وتشكل هذه النسبة بحوالي ٢% وفي عام ١٩٧٥ قدر المكتب نفسه عدد الأطفال المضطربين انفعاليًا بحوالي (١٣١٠٠٠٠) طفلاً من مجموع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صف و١٩ سنة ، في حين قدر باور (Bower, 1969) نسبة الاضطرابات الانفعالية في المدرسة أو المجتمع المدرسي حوالي ١٠% (Shea, 1978) هذا ويقدر البعض وبتحفظ نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية من٣- ٦% ، وتحصل نسبة بسيطة منهم على خدمات التربية الخاصة في أمريكا .

وتؤكد أبحاث كثيرة هذا الزعم؛ حيث وجدت كاستيلو وزملاؤها (Castello, et a . 1988) نسبا أعلى بكثير عندما بحثوا عن الأطفال ذوي المشاكل السلوكية والانفعالية ، ووجدوا أن ٢٢% من الأطفال لديهم مشاكل نفسية خلال لعام الدراسي (١٩٨٨) وأن طفلاً واحدًا من بين خمسة من هؤلاء الأطفال حول إلى الأخصائيين ، ونتائج أخرى مشابهة وجدت من قبل وايتيك (Whitake, 1990) ، وقدرت نسبة الانتشار بـ ١٩% من الأطفال مصابين بالاضطرابات النفسية (١٩٩٠) ، وأعلن التقرير السنوي عشر المقدم إلى الكونغرس الأمريكي حول مدى تطبيق قانون تعليم المعاقين ، (صدر عن الدائرة الأميركية للتعليم ١٩٩٠) أنه خلال العام الدراسي

١٩٨٨- ١٩٨٩ أقل من ١% من الطلاب المصابين بالاضطرابات السلوكية والإعاقات الانفعالية حصلوا على خدمات التربية الخاصة ، و٩% من كافة الطلاب الذين حصلوا على خدمات التربية الخاصة يعانون من اضطرابات سلوكية وإعاقات انفعالية ، وهكذا فإن الأرقام الرسمية أقل بكثير مما يتوقعه المختصون وتعتبر عدم القدرة على التعريف بدقة والقياس والمساعدة جزءًا من المشكلة ويتساءل الأخصائيون أيضًا حول مدى محاولة المدرسة التخلص من الطلاب المشاكسين المشاغبين ، وبالتالي يتم تشخيص أعداد أقل ، كما يتردد الأخصائيون في إعطائهم هذه الوصمة من خلال تشخيصهم بالاضطرابات السلوكية والانفعالية .

وقد تم تحديد نسب انتشار بعض الاضطرابات ، مثال ذلك تبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التصرف ٤ -١٠% (Conduct Disorder) من كافة الأطفال ، وهي إحدى المشاكل السلوكية الشائعة .

وأشارت الدراسات كما أورد (سعيد العزة 2002 :٣٤) ، إلى نسب تتراوح ما بين (١-١٥%) في حين تعد نسبة (2%) هي المعتمدة في كل الدول ، ومعظم المضطربين سلوك ياً تكون درجتها لديهم من المدى المتوسط ونادراً ما تكون شديدة أو شديدة جداً ويكثر ظهورها لدى الذكور ، ويقل حدوثها نسبياً لدى طلاب المرحلة الأساسية وتبلغ ذروتها في فترة المراهقة لتنخفض بعد ذلك ، ولكل نوع منها نسب خاصة به .

وتجدر الإشارة إلى أن معدل الانتشار يكون بصفة عامة عالياً حين يبدي المدرسون آراءهم حول الأنماط السلوكية المزعجة وليس عند المطابقة بين سلوك تلاميذهم ومحكات محددة للاضطرابات السلوكية ، فقد وجد أن معدلات الانتشار المدركة من قبل المدرسين تشير إلى أن نسبة (% 12.6) من التلاميذ لديهم مشكلات سلوكية خفيفة و(% 5.6) لديهم مشكلات سلوكية متوسطة و(% 2.2) لديهم اضطرابات سلوكية حادة ، وأكد Paul and Epincha على أن معدل الانتشار (% 11) من المجتمع المدرسي الكلي ، وهذا يبلغ ما بين (8 – 6) ملايين تلميذاً لديهم اضطرابات سلوكية وانفعالية .

وهناك مجموعة من العوامل لا بد من أخذها بعين الاعتبار ، وهي :

- **الجنس** : يوجد فرق واضح في السلوكيات بين الذكور والإناث إذ يقدر بعضهم أن نسبة الذكور إلى الإناث في الصفوف الرسمية الخاصة تبلغ ١ : ٨ ، ويعتقد الباحثون أن تفاوت النسب في ذلك يعود إلى أن المعلمين يرون بأن سلوكيات الإناث مقبولة أكثر من سلوكيات الذكور ، ولم يجب الباحثون حول مسألة الجنس هذه فيما إذا كان الذكور يعانون

أكثر من الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، أو هل يظهر الذكور السلوكيات المضطربة الظاهرية بحيث يراها الجميع بينما تظهر الإناث السلوكيات المضطربة الداخلية نحو الذات ، أو فقط لمجرد اتجاهات الأفراد نحو مشاكل الذكور بالنسبة لمشاكل الإناث؟

- **العمر** : يشير جود وبروفي (Good &Brophy, 1979) أن حوالي ٣٠% من طلاب المدارس الابتدائية يظهرون مشكلات في التكيف ، وأن ١٠% من هؤلاء تكون مشكلاتهم من النوع الحاد الذي يحتاج إلى معالجة .

كما ويشير (شيفرز وميليمان) إلى أن درجة انتشار المشكلات السلوكية تقل مع التقدم في العمر بالنسبة للأطفال في سن المدرسة ، فالأطفال الأصغر سناً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٦- ٨ سنوات يفوقون الأكبر سناً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٩ -٢١ سنة في عدد المشكلات السلوكية .

أما جلبرت (Galbert) فقد وجد من خلال إحالة الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأن تلك الاضطرابات تتركز في الأعمار ما بين ٦- ١٠ سنوات ، بينما وجد بور Bower أن النسبة الأكثر حدوثًا للاضطرابات تقع في المراحل الدراسية المتأخرة (الثانوية) ، وتقل هذه النسبة في المراحل الدراسية الابتدائية .

- **التحصيل** : يعتبر التحصيل عاملاً ذا دلالة على الاضطراب السلوكي والانفعالي على الرغم من صعوبة العلاقة السببية ، فقد وجد ستنت (Stenett) أن المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا ممن وصلوا إلى الصف الخامس الابتدائي كانوا متأخرين صفًا واحدًا عن رفاقهم العاديين ، وفي دراسة أخرى قام بها بور (Bower, 1978) وجد أن تحصيل الأطفال المضطربين في القراءة والحساب ، كان أقل من أقرانهم العاديين .

تصنيفات الاضطرابات السلوكية :

إن الهدف من تصنيف الاضطرابات السلوكية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التى من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحديد أبعادها مما يؤدى إلى إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذى يعانى من اضطرابات السلوك .

إلا أن عملية التصنيف لم تكن بالأمر اليسير ؛ وذلك لأنه ثمة تداخل كبير بين أعراضها وأعراض المرض النفسي والعقلي ، كما أنه لم يكن بالإمكان إيجاد تصنيفات تفصل بينها وبين الاضطرابات النفسية – بل إن بعض التصنيفات اعتبرتها إحدى مجموعات الاضطراب النفسي أو العقلي ، هذا بالإضافة إلى ضرورة توخي الدقة والحذر في عملية

التـشخيص والتصنيف للاضطرابـات السلوكية ، فليس بالأمر الهين الحكم على الطفـل بأنـه مـضطرب سلوكياً فقد تصدر عنه بعض السلوكيات التي يعتبرها الراشدون اضطراباً مـع أنهـا عنـدما تصدر عنه فإنها تكون شيئاً مقبولا لتناسبها مع عمره والمتطلبات العقلية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يجتازها .

وفي الاتجاه الآخر يوجد ثمة تصرفات كثيرة تصدر عن الأطفـال ولا تمثـل جـزءاً مـن مقتضيات النمو الانفعالية أو الاجتماعية أو العقلية ، وهي بحاجة إلى التشخيص المبكر وتتطلب التدخل العلاجي ، وهذا ما يمكن تقريره استنـاداً إلى تلك البحوث التي تدرس مراحـل النمـو عند الأطفال في مجتمعات مختلفة .

ولقد كان للأطباء النفسيين السبق في عملية التصنيف فقد وضعوا الكثير من التصنيفات وطوروها ، كما شارك التربويون أيضاً ، ومن أهم التصنيفات التي انتشرت في مجال الإضرابات السلوكية هي :

أولاً : تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) (1968-1980)

ظهر هذا التصنيف لأول مرة عام ١٩٥٢م ، ثم أُجريت عليه عملية تعديل وتنقيح عام ١٩٦٨ ، ثم أُجريت عليه عملية تعديل أخرى عام ١٩٨٠ . لقد ركز التصنيف المعدل لعام ١٩٦٨على الاضطرابات السلوكية التي تحدث في مرحلة الشباب ولم يتم التركيز على مرحلة الطفولة ، لذلك فلم يحظَ هذا التصنيف برضى العاملين في مجال الصحة النفسية للأطفال ، ثم جاء التصنيف الجديد عام ١٩٨٠ ليؤكد على الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة والمراهقة ، ومن الجدير بالذكر أن كلا التصنيفين قد وضعا فئة التخلف العقلي ضمن الاضطرابات السلوكية على اعتبار أن المتخلفين عقلياً يعانون من اضطرابات سلوكية قد تكون شبيهة في بعض جوانبها بالاضطربات السلوكية التي يعاني منها غير المتخلفين والأطفال والمراهقين والشباب .

كان تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٦٨ يشتمل على عشر فئات من الاضطرابات السلوكية كما أورده "ريتش" ١٩٨٢ ، وهي :

١ــ **التخلف العقلي** : يرجع التخلف العقلي إلى انخفاض في الأداء العقلي العام عن المتوسط ويصاحبه قصور أما في التكيف الاجتماعي أو التعليمي أو في النضج ، وقد تم تقسيم التخلف العقلي إلى فئات بناءً على درجة الإعاقة (بسيط ، متوسط ، شديد ، حاد) أو بناءً على المسببات (مسببات قبل الولادة ، أثناء الولادة ، وبعد الولادة) .

٢ـ **الأعراض العضوية في المخ :** اضطرابات ناتجة عن قصور في أداء نسيج خلايا المخ يترتب عليها بعض الاضطرابات مثل قصور في التوجه ، وفي الذاكرة ، وفي الأداء العقلي ، وفي إصدار الأحكام واتخاذ القرارات .

٣ـ **الذهان :** شكل من أشكال المرض العقلي يؤثر على قدرة الفرد في تحقيق أو القيام بمتطلبات الحياة العادية ، كما يصاحب الذهان عادة تشويه للواقع ، وتقلب في المزاج ، وعجز في الإدراك ، وقصور في اللغة والذاكرة ، وسيطرة الأوهام ، والهلوسة ، وفصام الطفولة ، والانسحاب ، والاجترارية ، واللاسوية ، والفشل في الاستقلال عن الأم ، وعدم النضج في نمو الحركات الكبيرة بشكل كاف .

٤ـ **العُصاب :** أصحاب هذه الفئة من الاضطرابات يتصفون بالقلق الزائد الناتج عن توقع الأخطار هذا ويضم العصاب الفئات التالية : الهيستيريا ، المخاوف المرضية ، الكآبة .

٥ـ **الاضطرابات في الشخصية :** وتضم هذه الفئة الأفراد الذين يتصفون بسلوك غير متوافق أو غير متكيف ، ويقاومون التغير بصورة مستمرة ، ويصاحب هذه السلوكيات في العادة عدم الشعور بالذنب أو الندم . كم تضم أيضاً جنون العظمة والشخصية الهيستيرية أو الشخصية العدوانية أو السلبية والانحرافات الجنسية المختلفة .

٦ـ **الاضطرابات النفس جسمية :** يتصف أصحاب هذه المجموعة من الاضطرابات بالأعراض الناتجة عن أسباب أو عوامل انفعالية تظهر على الجلد والجهاز التنفسي أو الجهاز الهضمي والجهاز العضلي .

٧ـ **الأعراض الخاصة :** تضم الأفراد الذين يعانون من اضطراب واحد محدد مثلاً اضطراب الكلام ، أو تقلص الحركات ، أو اضطراب في تناول الطعام ، أو سلس البول وتدفقه لا إرادياً .

٨ـ **اضطرابات ناتجة عن بعض المواقف المؤقتة :** وتضم هذه الفئات الأفراد الذين تعرضوا لمشاكل مؤقتة ناتجة عن ردود الفعل للضغوط البيئية الشديدة خلال الطفولة المبكرة أو المتأخرة أو المراهقة أو مرحلة الشباب أو حتى مرحلة الشيخوخة .

٩ـ **اضطرابات سلوكية في مرحلة الطفولة والمراهقة :** وتشتمل على ستة أنواع محددة هي :

أ ـ **الحركات الزائدة :** نشاط زائد وعدم الراحة ، قصر فترة الانتباه ، القابلية على شرود الذهن .

ب ـ **الانسحاب :** العزلة ، الانفصال ، الحساسية ، الخجل والجبن .

جـ ـ **القلق الزائد :** قلق ، خوف ، الاستجابة الحركية المبالغ فيها .

د ـ **الهروب** : الميل للهروب في المواقف الصعبة يصاحبه جبن ، عدم النضج ، الرفض .

هـ ـ **العدوان غير الاجتماعي** : عدم الطاعة ، المشاجرة ، العدوان الجسمي أو اللفظي ، التخريب .

و ـ **جنوح الجماعة** : اكتساب قيم وسلوكيات مجموعة الأقران الجانحين والتي تشتمل على : السرقة ، الهروب من المدرسة ، البقاء خارج المنزل إلى وقت متأخر من الليل .

١٠ـ **حالات أخرى غير محددة** : وتتمثل هذه الفئة في الأفراد الذين يعتبرون من الناحية النفسية عاديين ، والذين لم يعانوا من مشاكل حادة تتطلب إجراء فحوص نفسية عليهم .

ثانياً : تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي :

يتشابه تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي إلى حد كبير مع تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي من حيث الاشتراك في المحك النفسي لتصنيف الاضطرابات السلوكية ، وكذلك من حيث أنواع الاضطرابات ، ويتألف نظام جماعة تطوير الطب النفسي من عشرة تصنيفات للاضطرابات السلوكية تم ترتيبها بحيث تبدأ من الحالات البسيطة لتنتهي بالحالات الشديدة . ونذكرها كما أوردها نوف (١٩٧٩) :

١ـ **الاستجابات الصحية** : يتضمن هذا التصنيف تقييم الجوانب الإيجابية القوية لدى الطفل ، مع محاولة تجنب تشخيص الحالات باستبعاد أسباب المرض . إن المحك أو المعيار للتقييم هو الذكاء والأداء الاجتماعي أو الانفعالي ، والشخصي التكيفي ، وكلك الأداء النفسي والاجتماعي للطفل بالمواقف النمائية الحرجة .

٢ـ **اضطراب ردود الأفعال** : يعتمد هذا التصنيف على الاضطرابات التي يكون فيها السلوك أو الأعراض ناتجة عن عوامل موقفية ، هذه الاضطرابات يجب أن تكون ناتجة عن أسباب مرضية إلى درجة ما ، وذلك لتمييزها عن الاستجابات الصحية للأزمات الموقفية .

٣ـ **الاضطرابات النمائية** : الاضطرابات النمائية هي اضطرابات في نمو الخصية قد تقع دون المعدل الطبيعي وتظهر في وقت متأخر ، وبتتابع وبدرجة أقل من المتوقع لمستوى عمري معين أو لمرحلة نمائية معينة .

٤ـ **الاضطرابات العصابية النفسية :** هذه الاضطرابات ناتجة عن صراعات داخلية لا شعورية ، مرتبطة بالدوافع الجنسية والعدوانية التي لا زالت نشطة ولم تُشبع .

٥ـ **اضطرابات الشخصية :** تتصف اضطرابات الشخصية بأنها مزمنة ومرتبطة بأمراض ثابتة بحيث تمثل سماتاً متأصلة في شخصية الفرد ، وفي معظم حالات اضطراب الشخصية وليس في جميعها ، فإن مثل هذه السمات لا يعتبرها الفرد مصدراً للقلق والحزن ، وإذا أردنا أن نأخذ هذا التصنيف بعين الاعتبار فإنه من الضروري عمل صورة كاملة لجميع جوانب الشخصية ، ولا يجب أن نكتفي فقط بتوافر سلوك أو عرض واحد .

٦ـ **الاضطرابات الذهانية :** تتصف هذه الاضطرابات بالانحراف الواضح عن السلوك المتوقع من عمر الطفل ، فهي تظهر على شكل إعاقة شديدة ومستمرة نتيجة للعلاقات الانفعالية مع الآخرين ، وتتمثل في نقص القدرة على الكلام ، أو الفشل في تطوير الكلام ونموه ، وفي اضطرابات الإدراك الحسي ، وفي السلوك النمطي المتمثل في مقومة التغيرات البيئية ، وغياب الإحساس بالهوية الشخصية ، والتبلد ، وعدم التأثر بالمثيرات الخارجية .

٧ـ **الاضطرابات النفس جسمية :** تتمثل هذه الاضطرابات بالتفاعل الظاهر بين المكونات النفسية والمكونات الجسمية ، وتشتمل هذه الاضطرابات على تلك النظم العضوية التي تنبه عن طريق النظام العصبي اللاإرداي .

٨ـ **الأعراض المتصلة بالمخ :** هذه مجموعة من الأعراض تتميز باضطراب في التوجه والحكم والتمييز والتعلم والذاكرة ووظائف معرفية أخرى ، كذلك تتميز هذه المجموعة من الأعراض بعدم الثبات الانفعالي ، وتنتج هذه الأعراض أساساً عن اختلال غير محدد المصدر في وظيفة أنسجة المخ .

٩ـ **التخلف العقلي .**

١٠ـ **اضطرابات أخرى :** يشتمل هذا التصنيف على الاضطرابات التي لا يمكن وضعها ضمن التصنيفات السابقة ، أو الاضطرابات التي سوف يتم وضعها أو التعرف عليها في المستقبل .

ثالثاً : التصنيف الطبي :

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الأسلوب الطبي ، ومن أبرز هذه التصنيفات تصنيف "كانفر" و"ساسلو"(١٩٦٧) ، حيث صنفا الاضطرابات السلوكية إلى ثلاث فئات ، هي :

١ــ **التصنيف على أساس الأمراض :** ويتضمن هذا التصنيف تجميع الاضطرابات السلوكية طبقاً لأسبابها المرضية الشائعة والمعروفة .

٢ــ **التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج :** وفق هذا التصنيف فإنه يتم تجميع الاضطرابات السلوكية حسب درجة استجابتها للعلاج .

٣ــ **التصنيف على أساس الأعراض :** يعتمد هذا التصنيف على ما تشتمل عليه الاضطرابات السلوكية من أعراض ومظاهر جسمية ملازمة لهذه الاضطرابات .

رابعاً : التصنيف حسب شدة الاضطراب :

قام كل من "هلهان" و"كوفمان" بتقسيم الاضطرابات السلوكية إلى فئتين رئيسيتين ، وذلك حسب شدة الاضطراب ، وهما :

١ــ **فئة الاضطرابات البسيطة والمتوسطة :** تمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات السلوكية البسيطة التي يعاني منها الأطفال في البيت أو المدرسة ، والتي يمكن معالجتها بفاعلية في الفصل العادي أو المدرسة أو البيت أو عن طريق أولياء الأمور والمدرسين مع الاستعانة باستشارة بعض الأخصائيين في بعض الحالات .

٢ــ **فئة الاضطرابات الشديدة والحادة :** وتمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات الشديدة أو الحادة التي يعاني منها بعض الأطفال والتي تتطلب علاجاً شاملاً وطويل المدى وتشمل هذه الفئة حالات الاجترارية والانفصام والذهان ، كما يتم علاج هذه الفئة وفق برمج خاصة في الفصول الخاصة ، أو المراكز العلاجية .

خامساً : تصنيف الاضطرابات السلوكية حسب عدد المشتركين :

١- **النمط الجماعي Group type :**

وفيه يكون أغلب المشكلات السلوكية تحدث كنشاط جماعي مع رفاقه ، وقد يوجد فيها السلوك العدواني الجسماني أو لا يوجد وهذا النوع يعتبر الأكثر شيوعا .

٢- **النمط الفردي العدواني Solitary Aggressive Type :**

وفيه يسيطر السلوك العدواني عادة تجاه البالغين والرفاق ، ويبدأ به الشخص المضطرب وليس كنشاط جماعي .

سادساً : التصنيف النفس ـ التربوي :

قام "مورس" وآخرون بتصنيف التلاميذ المضطربين سلوكياً تصنيفاً نفسياً تربوياً إلى خمس فئات رئيسية ، هي :

١ــ **العُصاب** : ويوجد نوعان من العصاب ، الأول له مظاهر داخلية ذاتية ، والثاني له مظاهر خارجية .

٢ــ **أمراض الدماغ** : وينتج عن أمراض الدماغ ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية ، هي : اضطراب الحركة ، واضطراب في اللغة ، والتشنجات .

٣ــ **الفصام** : وهو نوعين ، الأول غير متصل بالوظيفة العقيلة ، والثاني متصل بالوظيفة العقلية .

٤ــ **السذاجة ــ الإهمال** : غالباً ما يصاحب السذاجة والإهمال العديد من المشاكل السلوكية التي قد ينتج عنها قصور في المهارات والقيم الاجتماعية .

٥ــ **الشخصية غير المؤثرة** : قصور شديد في القدرة على إقامة علاقات قوية .

سابعاً : التصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة :

قام "جروبر" وآخرون (١٩٦٨) بتطوير أسلوب لتصنيف السلوك الذي يسبب مشكلة في المدرسة وذلك كي يتمكن المدرسون من التعامل بفاعلية مع الأطفال المضطربين سلوكياً في المدرسة . ولقد قام "جروبر" وزملاؤه بتصنيف السلوك إلى ثلاث مستويات ، هي :

١ــ **المستوى العادي** : يتوافق المستوى العادي مع المعيار للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية ، فقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعليمية جديدة ، أو مواقف جديدة يتعرض لها الطفل ، ولكن سرعان ما تنتهي وتزول بعد فترة قصيرة ، وعادة لا تكون لهذه المشكلة آثار تدميرية وتخريبية .

٢ــ **مستوى المشكلة** : في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية ، حيث تؤدي إلى اضطراب الطفل بشكل ملحوظ ، وتستمر لفترة طويلة ولها آثار تدميرية أو تخريبية على الآخرين ، لكنها ليست من التعقيد أو الشدة بحيث يستلزم الأمر إلى تحويل الطفل إلى أخصائي ، بل يكفي أن يقوم المدرس بالتعامل مع هذه الحالات ومعالجتها .

٣ـ **مستوى الحالة** : في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية من الشدة والتعقيد بحيث لا يمكن للمدرس أن يتعامل معها ، مما يتطلب تحويل الطفل إلى أخصائي العلاج السلوكي الاضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه المشكلة .

ثامناً : تصنيف "كوي" (١٩٧٢) :

ويعد من أكثر التصنيفات الجديدة انتشارا وقبولاً على المستوى التربوي . وجد "كوي" أن الاضطرابات السلوكية للأطفال تظهر على شكل مجموعات ، فالأطفال الذين يُظهرون بعض السلوكيات في إحدى المجموعات من المرجح وبشكل كبير أن يُظهروا أيضاً السمات والسلوكيات الأخرى التي تظهر في المجموعة .

وبالرغم من أن نظام "كوي" يتصف بالثبات وسعة الانتشار إلا أنه يُعاب عليه أنه لا يُقدم معلومات علاجية مما يحد من فائدته ، هذا وقد وجد "كوي" أربع فئات أساسية للاضطرابات السلوكية ، وهي :

١ـ **اضطرابات التصرف** : وتشتمل هذه الفئة من الاضطرابات على أنماط من السلوك العدواني الجسمي واللفظي يصاحبه قصور في العلاقات الشخصية مع الأقران والكبار في المجتمع ، ولهذا فإن الطفل الذي يدخل ضمن نطاق هذه المجموعة من الاضطرابات هو الطفل يتحدى السلطة (أولياء الأمور ، المدرسين ، البوليس ، وغيرهم) وهو عدواني ، حاقد ، فظ ، هجومي ، مؤذٍ ، وإحساسه بالذنب محدود ، كما يميل إلى الفوضى والاقتتال مع الآخرين ، ويضيف "كيرك" بأنه يدرج تحت هذا النوع من السلوك الطفل مفرط الحركة وكثير الضجر والملل .

٢ـ **اضطرابات الشخصية** : تشتمل هذه الفئة على الانسحاب الاجتماعي ، والقلق ، والاكتئاب ، والشعور بالدونية ، والخجل ، والجبن ، والانعزال ، والإذعان كما تشتمل على مشاعر الألم والحزن ، والشكاوي الجسمية ، وعدم السعادة ، ويعتمد الطفل الذي يعاني من اضطرابات في الشخصية اعتماداً كبيراً على الغير ، وقد أشار "كوي" إلى أن معظم أطفال هذه الفئة ينتمون إلى أُسرة تقدم لهم الحماية أو الرعاية الزائدة ، وذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع .

٣ـ **عدم النضج** : يُمثل هذا النوع من الاضطرابات السلوكيات التي لا تتلاءم مع العمر الزمني للطفل والتي تتمثل بالإهمال ، والبلادة ، وضعف الاهتمام بالمدرسة ، والكسل ، وانشغال البال ، وأحلام اليقظة ، وكثرة النعاس والصمت ، أو قلة الكلام ، أو قصر مدة الانتباه ،

والسلبية . يضيف "كوي" ١٩٧٢م ، و"بلاك هارست" و"بيردين" ١٩٨١م أن هؤلاء الأطفال يُفضلون اللعب مع من هم أصغر سناً ، وأن هذه الفئة بوجه عام تُعتبر أقل انتشاراً من فئة اضطرابات التصرف واضطرابات الشخصية .

٤ــ **الجنوح الاجتماعي** : تتشابه خصائص الطفل الجانح اجتماعياً مع خصائص الطفل الذي يعاني من اضطرابات في التصرف من حيث عدوانية السلوك ، إلا أن الطفل الجانح اجتماعيا يقوم بهذا السلوك ضمن مجموعة من الرفاق ، أو ضمن عصابة . وتتمثل سلوكيات هذه الفئة بالسرقة ، والمشاجرة ، والهروب من المدرسة ، وغيرها من السلوكيات التي قد لا تظهر في إطار المدرسة أو المؤسسة ، ولكنها تظهر في المجتمع وتشكل خطراً كبيراً عليه خاصة في المجتمعات الكبيرة .

تاسعاً : تصنيف "تلفورد" و"ساوري" للاضطرابات السلوكية :

يصنف كل من "تلفورد" و"ساوري" ١٩٦٧ الاضطرابات السلوكية على أساس مظاهر القلق والانسحاب والعدوان الذي يتميز بالعنف والانسحاب .

أ ــ **القلق** : يعرفه الباحثان على أنه نوع من الخوف في إطار مستقبلي ، وقد يكون القلق من أنواع مختلفة :

١ــ **القلق المزمن** .

٢ــ **الرُهاب (المخاوف المرضية)** : وتعرف بأنها مخاوف محددة وشديدة ليس لها أساس معقول واضح ، ومن أمثلتها الخوف المرضي من المدرسة أو من الموت .

٣ــ **الوسواس والسلوك القهري الذي يحدث بشكل متكرر** : وهو عبارة عن أفعال أو أفكار نمطية ومتسلطة ، والسلوك القهري عبارة عن رغبة قوية ومتكررة للسلوك بطريقة معينة ، أما الوسواس فهو الانشغال الزائد بنفس الأفكار والذكريات .

ب ــ الانسحاب من الواقع :

١ــ **الفصام** : يعتبر هذا الاضطراب من أكثر الأنواع شيوعاً للذهان الوظيفي ، وتتميز هذه الحالة بالانفصال الشديد عن الواقع ، وعدم التنظيم ، ونقص التأثير والاستجابات الانفعالية المحرفة . وتظهر فيها الهلوسة والأوهام بشكل متكرر . وإذا حدثت الإصابة قبل سن البلوغ ــ وهي حالات نادرة ــ يُطلق عليها فصام الطفولة .

٢ــ **التمركز الطفلي حول الذات** : تتميز هذه الحالات بالانفصال الشديد عن الواقع والقصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين والترديد الآلي للكلمات

أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون والجمود بمعنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية والثبوت ، ويعني التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال .

٣ـ **النكوص** : هذا النوع من الاضطرابات يتضمن العودة إلى أشكال من السلوك أقل نضوجاً ، أو الاستجابات التي تميز مرحلة مبكرة من مراحل التمو ، وتشمل أشكال السلوك من هذا النوع عودة الأطفال إلى مص الأصابع ، أو التبول الليلي ، أو الكلام الطفلي . وتزداد مثل هذه الأشكال من السلوك عادة أثناء التوتر أو التخفيض المفاجئ لأسباب التدعيم .

٤ـ **الأوهام وأحلام اليقظة** : تُعتبر هذه الأشكال من السلوك نوعاً من الاضطراب إذا كانت تحدث بشكل مفرط وبصورة متكررة ، ويُنظر إلى هذه الأشكال من السلوك كنوع من الاضطراب إذا استخدمت من جانب الفرد كوسائل للهروب أو –الانسحاب .

جـ ـ **العدوان العنيف** : يتضمن هذا الاضطراب أشكالاً مختلفة من السلوك الهدام والتخريبي وتكون موجهة نحو الأفراد أو الممتلكات ، وغالباً ما يكون هذا الاضطراب هو نتيجة لمواقف الإحباط .

– إن التصنيف الأكثر استخداماً من قبل أخصائيي علم النفس والطب النفسي والتربية الخاصة لاضطرابات السلوك هو الذي ظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) . الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association (APA) ففي أحدث مراجعة لهذا الدليل تصنف الاضطرابات السلوكية تحت عنوان الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة كما يلي :

(أ) يدوم اضطراب السلوك طوال ستة شهور على أن يبرز خلالها ثلاثة من الأعراض التالية في سلوك الطفل :

(١) يؤذي الحيوانات جسمانياً .
(٢) يقسو على الآخرين جسمانياً .
(٣) يتورط في إشعال حريق عن عمد .
(٤) غالباً ما يبدأ بالمشاجرات الجسمانية .
(٥) يتشاجر أكثر من مرة مستخدماً سلاحاً .
(٦) يسرق دون مواجهة مع الضحية في أكثر من مناسبة .
(٧) يحطم ممتلكات الآخرين عن عمد (غير إشعال الحرائق) .
(٨) يكره أو يجبر شخص آخر على مزاولة نشاط جنسي منه .

(٩) يقتحم ممتلكات الآخرين (مثل منزل أو سيارة شخص آخر) .
(١٠) غالباً ما يكذب (دون خوف من عقاب أو تجنب الإيذاء البدني) .
(١١) يهرب من البيت ليلاً مرتين على الأقل ، بينما يعيش مع والديه أو من ينوب عنهم (أو هرب مرة واحدة ولم يعد منها) .
(١٢) يغادر المدرسة تاركاً دروسه (يزوغ من المدرسة) ، أو يغيب عن عمله إذا كان يعمل .
(١٣) يسرق في مواجهة مع الضحية (مثل النتش أو السلب أو الابتزاز أو السرقة تحت تهديد السلاح) .

(ب) إذا كان سنه ثمانية عشر عاماً أو أكبر من ذلك لا تتفق سلوكياته مع مواصفات الشخصية المعادية أو المناهضة للمجتمع .

أبعاد الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

ونحدد أبعاد للاضطرابات السلوكية متمثلــة في اضطراب المسلك والاكتئاب واضطراب التفكيــر والنشاط الزائــد والانــسحاب الانفعالي والقلق ويمكن ذكرها بالتفصيل كما يلي :

أولاً : اضطراب السلوك :

ويحتوى هذا البعد بين طياته العديد من السلوكيات التي تنعكس بشكل أساسي على علاقة الطفل مع ذاتــه والآخرين وكل ما في البيئــة من حوله على حد ســواء ، ولذا فهو غالبــاً ما يحمل (كمجموعة سلوكيات) الصبغة العامة للاضطرابات السلوكية ويتحلى باسمها بينما يطلق عليه المختصين مسمى " اضطرابات المسلك والتصرف " ، ومن أهم مظاهره السلوكية الكذب والسرقة والعدوان ، أمــا الغيــرة والغضب والعصبية من مظاهره الانفعالية الخارجية .

حيث يتضح فى سلوكيات العدوان وتنــافس الأشقــاء والعصيان ونوبات الغضب وحدة الطبع ، باعتباره السلوكيات المؤذية للآخرين نفسياً أو جسدياً ، وقد تكون إحباطات الحياة اليومية والشعور بالغيرة دافعاً لظهوره .

كما يظهر في نوبات الغضب والبكاء والعصبية والشجار والعنــاد والسرقة والكذب والهروب والتخريب اضطرابات سلوكية تنشأ نتيجة الغيرة ، أو الشعور بالقلق أو النقص أو الاضطهاد وفقد الثقة بالنفس وعدم الإحساس بالأمن أو حب السيطــرة والتملــك والرغبة في الظهــور أمام الآخرين أو القســوة والعنف الوالدي والخلافات الأسرية المتكررة وعدم التوافق بين الوالدين .

ثانيا : الاكتئاب Depression :

إن طبيعة الحياة وما فيها من تباينات يجعل من وجود المتناقضات في المشاعر سمة لحياة الإنسان ، فكما يمكن أن تمر عليه أوقات من السعادة فيمكن أن ترد في مذكراته لحظات من الحزن والكدر (مما يدل على سلامة بنائه النفسي) ، ولكن الخطر في امتداد تلك اللحظات لتصبح بكل تبعاتها سمة مميزة لسلوكه ، فتراه يتهاوى بين أنياب داء الاكتئاب فيظهر إما بسيطا كمشكلة توسم سلوكه أو اضطراب يلازمه إلى حد كبير وفي أسوأ الأحوال مرضاً لا ينفك عنه بسهولة فيودي بحياته إن استسلم له ولم يقاومه ، وقد يكون الاكتئاب في حد ذاته عرضاً لاضطرابات سلوكية أخرى أو أمراض نفسية أو عقلية ، ومن الملاحظ أنه يرتبط في عقول غالبية الناس بالمراهقين ، فيعتقدون أنه من الصعب الربط بينه وبين الأطفال ، وفي الحقيقة إن معظم صغار السن يعانون منه ، ولا يدرك أي من الآباء والأمهات والأطفال أنفسهم شيئاً مما يتعلق به .

ويمكن تعريفه على أنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد لإحساسه بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي ؛ لتراكم العديد من الاضطرابات النفسية في سنوات الطفولة المتأخرة وفشله في تحقيق رغباته وإحساسه بالعجز والتشاؤم .

واكتئاب الأطفال Anactitic Depression نوع من الاكتئاب العصابي الذي يظهر عندما يحرم الطفل من الإشباع والتأييد العاطفي .

وبالنسبة لأعراضه فقد اتفق معظم الباحثين عليها فأشاروا إلى إن من يعاني من خمس من أصل تسعة سمات (مع التأكيد على ضرورة ظهور أول سمتين) اعتبر مكتئبا وهي تغير في المزاج العام للأسوأ ، فقد الرغبة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأشياء ، قلة النشاط والحركة ، نقص أو زيادة واضحة للوزن ، اضطراب النوم ، الهياج أو الهدوء النفسي والحركي ، الشعور بالإجهاد والتعب وعدم القدرة على العمل ، الإحساس بالسوء وعدم الراحة والقلق وزيادة الإحساس بالذنب مع عدم وجود أسباب لذلك ، قلة الرغبة في التفكير أو التركيز بصورة مستمرة توالي وتكرار التفكير في الموت .

ثالثا : اضطرابات التفكير Thinking Disorders :

لقد منح الله تعالى الإنسان عقلاً ميزه به عن سائر المخلوقات ، وعززه بقدرات متنوعة يعد التفكير إحداها (والذي يلعب دوراً هاماً في ترتيب الأفكار وتسلسلها وترابطها وتناسبها

مـــع المواقف الحياتية المختلفة) ، وأي اضطراب فيها ــ مهما كان نوعه ــ يمكن أن يؤثر بـشكل أو بآخـر على أي من وظائفـه ، ومع أنه قد يظهــر لدى الإنسان مظهــر ما مــن مظـاهر الاضطراب نتيجة لمروره بخبرات صادمة أو التعرض لضغوط الحياة بألوانها المختلفة ، فـإن الارتفاع في حدة ذلك الاضطراب قد يلقي بالناس عامة والطفل بشكـل خـاص فـي دائــرة الصراع النفسي بما يحد من قدرته على التعبير عما يجول بداخله من أفكار وبالتالي انحـصار محاولاته المستمــرة لإشباع رغباته ؛ لما تتركه تلك الاضطرابات من تـأثير واضــح علــى علاقة الطفــل ببيئته ، فهي تطبع سلوكه بجملة من السمات التي تؤثر بشكل سلبي على أدائــه وقدرته على التناغم مع مكونات البيئــة من حوله ، وتعد كل مــن الهــلاوس (الإدراكات والخبرات الحسية غير الواقعية) والهذاءات (الأفكار والإدراكات الخاصة بالعظمة والــذات) والتخيلات الخاصة بالاضطراب الفصامي من أبرز أشكالها .

ويمكن تعريفها على أنهــا عبارة عن معتقــدات شاذة يعتنقها الفرد مع ســخفها الواضح ووجود أدلة تنقضها ، وهي تظهر بشكل خاص في لغة الفرد وأحاديثه وعــدم تقيــده بالواقع ، وعدم تماسك الأفكار وتدفقها وانتقالها من موضوع لآخر لا صلة لــه بــه ، أو علــى شكــل فصامية متمثلة في الانفصــال الجزئي عن الواقع والاستغراق في خيــالات وأحــلام اليقظة والانسحاب الاجتماعي ، وضعف القدرة على الاستجابــة الانفعالية المناسبة ، وقد يبــدو الطفل الذي يعاني منها غير مهتماً بنظافته الشخصية وقد يرتد في سلوكه إلى مراحل عمريــة أدنى أو ما يسمى بالنكوص .

كما ان أن التفكيــر فيها يتميز بتأثره بحياة الطفــل الداخليــة فتسيره العقد والرغبات المكبوتة والدوافع غير المرغوب فيها اجتماعياً وتتصف أفكاره بعــدم الاتصال والبلادة الفكرية ، وقد تتسلط عليه أفكار لا يتمكن من التخلص منهــا ، ويغلــب علــى تفكيره الناحية الانفعالية لا المنطقية إضافة إلى الهذيان .

رابعا : اضطراب الانتباه والنشاط الزائد :

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

لكم يشعر الوالدين بالسعادة عندما يرون صغيرهم يتمتع خلال سنوات عمره الأولى بالحركة والنشاط والحيويــة على نحو منقطع النظير ، ولكن في سن المدرســة غالباً ما تتحــول تلــك النشاطات إلى سبب ازعاج لهم وللمدرسين ولأداء الطفل المدرسي على حد سواء ، فما يكــون مقبولا في مرحلة عمرية ما قد لا يقبل في أخرى ، وهذا هو الحال في النشاط الزائد ،

والذي يعتبر في عالم المدرسة أحد الأسباب التي يمكن أن تودي بالطفل إلى هاوية قصور الانتباه وتدني التحصيل الدراسي ، وبالتالي فهي تشكل مشكلة سلوكية يمكن تهذيبها في أحسن الأحوال ، أو اضطراباً سلوكياً يحتاج من الجهد والوقت الكثير لخفضه أو التقليل من آثاره على أداء الطفل المدرسي في أفضل الظروف ، حيث يتميز بنقص مدى الانتباه والاندفاعية الزائدة وفرط الحركة ، وفيه يفشل الطفل في توجيه يقظته نحو مثير معين لفترة مناسبة بدرجة تجعله موضع شكوى من الآخرين خصوصاً في الموقف التعليمي الذي يستدعي درجة كافية من الانتباه لاستقبال المعلومة وفهمها وتتشتت أفكاره بسهولة ولا يتمكن من إنهاء مهامه ولا يتمتع بمهارات الاستماع الجيد ويجد صعوبة في التركيز في النشاطات الذهنية ، مع أنه لا يعاني من نقص في مستوى الذكاء وهو بحاجة لإشراف مكثف لإنجاز واجباته وكثيراً ما يلجأ إلى أسلوب النداء العلني والحديث المستمر مع زملائه في الفصل ويحاول التحرك باستمرار ويسهل إخلاله بالنظام العام أو الخاص في المواقف المختلفة ويقاطع الآخرين ويقحم نفسه عليهم ولا يكف عن الحركة إلا عندما يشعر بالإعياء . كما أن لديه زيادة فيما لا طائل من ورائه وقلق وتململ وعجز عن التفكير وعصبية وتهور واندفاع وراء نزواته ولحوح ويتصف بالعدوانية في أغلب سلوكياته ولا يشعر بالسعادة ويصعب عليه تكوين أصدقاء ، وقد يتصف بالانسحابية والرفض والخوف الشديد والتقوقع داخل نفسه خوفاً من حدوث شيء ما .

خامساً : الانسحاب الانفعالي Emotional withdrawal :

وما إن تتملك الصراعات فؤاد الطفل ، أو يشعر بعجزه عن تحقيق رغباته أو تأخذ مشاعر النقص والشعور بالذنب منه أي مأخذ ، وعندما يهمله من حوله ، أو يحيطونه بجسر من الحماية الزائدة ، تراه يتقوقع حول نفسه ويضرب طوقاً منيعاً بينه وبين المجتمع ، فتغيب مشاعره ويجمد سلوكه إما لفترة وجيزة ريثما يستعيد نشاطه ، أو تمتد لتشكل خطراً قد يهدد سلوكه وعلاقته مع أقرانه ومجتمعه ، ويميزه سلباً عمن سواه وهذا ما يطلق عليه الانسحاب الانفعالي ، والذي تفيد بأنه يشتمل على فتور العاطفة واضطراب التجنب والصمت الاختياري يتميز الأطفال المنسحبين انفعالياً بعدم القدرة على التواصل والخجل والحزن والفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقة مع الآخرين ، وهم عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم ، ويميلون للتمرد في التفاعل معهم ، وهم منعزلون اجتماعياً

وأصدقــائهم قليلون ، وقد يلجئون إلى الخيال وأحلام اليقظــة أو يعانون من مخاوف لا أسباب لها .

سادساً : القلق Anxiety :

يعد الشعور بالقلق أمراً طبيعياً إن كان لسبب واضح ينتهي بانتهائه ، ولكن قد ينتاب الفرد قلقــاً دون سبب محــدد يتملك كيانه ويشل أدائه وتفكيره ، مما يشكل لديه اضطراباً " يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في أي مجتمع ، والبعض يقــول إن الحضارة الحديثة مسئولة عن كثرة حالات الإصابة به " . وهو أساس لكل الاختلالات الشخصية واضطرابــات السلوك ، مع أنه قد يكون الركيزة الأولى لكل الإنجازات البشرية المألوفة أو الابتكارية .

سابعاً : اضطرابات التواصل والكلام :

وبما أن اللغة هي وحدة الاتصال المركزية في هذا العــالم بين الأحياء ــ مهما كان شكلها ــ ، فإن إصابة أي من أعضاء التواصل واكتساب اللغة لدى الناس عموماً والأطفــال بشكل خاص تجسد خللا فعلياً في علاقتهم بالآخرين وإن كان أي عجز أو خلل فيهــا قــد يحــول دون إمكانية التفاعــل السليم بين الفرد ومجتمعه .

ويمثل اضطراب التواصل هو عبارة عن اضطراب ملحــوظ فــي النطق أو الصوت أو طلاقــة الكلام أو التأخر اللغــوي أو في عدم تطور اللغــة التعبيرية أو الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى البرامج التربوية .

في حين يعرف " Emerick " اضطرابات الكلام Aphasia بأنها عدم قــدرة الطفــل علــى ممارسة الكلام بصورة عادية تناسب عمره الزمني وجنسه ، ويبدو ذلك فــي صــعوبة نطــق أصوات الكلام أو تركيب الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات مفهومة أو صعوبة فهــم معنــى الكلام المسموع في صورة جمل مفهومة أو عدم استخدام الكلام بصورة فاعلــة فــي عمليــة التواصل مع الآخرين .

وحدوث مثل هذه الاضطرابات للطفل يسبب العديد من المشاكل حيث تتسبب غالبــاً في شعور الطفــل بالنقص وفقد الثقة بالنفس والعزلة ، وتعتبر النظرية التي تشير لكون منشأها يرجع إلى عوامل نفسية هي أكثر النظريات العلمية شيوعاً وقبولا ، وتبدأ هذه الاضطرابات أو الصعوبات في سن الثالثــة أثنــاء اكتساب الطفل الكلام ، أو السادسة عند دخوله المدرسة حيث المنافسة بينه وبين زملائه وأحياناً تبدأ في سن المراهقة والبلوغ عند التحدث مع الجنس الآخر .

ثامناً : اللازمات العصبية Tic & Habitual Disorders :

وما إن يحاول الطفل تعويض شعوره بالحرمان حتى يبدأ في تجريب سلوكيات شعر للحظات أنها تساهم في خفض حدة توتره ، فتراه يعيد استخدامها أملا في التغلب على ما يواجهه في مراحل عمره المختلفة من صراعات وإحباطات ، لتتحول فيما بعد تدريجياً إلى لازمات عصبية أو عادات غير سوية لا تنفك عنه ، فتوسم أداؤه وفقاً لطبيعتها ، مما يجعلها اضطراباً ذا أثر سلبي على شخصيته ، وتأخذ في الاستمرار والشدة إن لم تجد رادعا لها ، وذلك لكونها ذات طابع نكوصي لا إرادي وغير مرغوب فيه .

الفصل الثاني
أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية
Causes of Emotional & Behavioral Disorders

- أولا : العوامل التكوينية الوراثية .
- ثانياً : العوامل البيئية .
- أهم الاتجاهات النظرية المفسرة للاضطرابات السلوكية .
  - النظرية السلوكية .
  - نظرية التحليل النفسي .
  - النظرية البيوفسيولوجية .
  - الاتجاه الدينامي .

الفصل الثاني
أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية
Causes of Emotional & Behavioral Disorders

المقدمة :

إن فهم السلوك الإنساني ضروري لقيام علاقات اجتماعية سليمة ، فكل إنسان له ذاتيته الخاصة وفرديته المتميزة ، وسلوكه مرتبط كل الارتباط بتكوينه النفسي ، ولا يكفي أن يفهم الفرد نفسه لكي يكون قادرًا على إنشاء علاقات اجتماعية سوية مع غيره ، وإنما يلزمه أن يفهم الغير بقدر ما يفهم نفسه ، وعلى أساس هذا الفهم يتحدد مدى نجاحه أو فشله في علاقاته بالآخرين .

حيث يعيش الفرد حياته ، هو يمارس أنماط متعددة ومتنوعة من السلوك ، فإن واجه موقفًا مألوفًا لديه فعاداته السلوكية كفيلة بأن تيسر له مواجهته ، وإن واجه موقفًا جديدًا غير من سلوكه وعدل فيه ، وهو في كلتا الحالتين يظن أنه إنما يسلك تبعًا لمعايير وقيم وضعها لنفسه ، وهو يتفاعل مع الغير ويبني رأيه وحكمه عليهم من سلوكهم الظاهر ، وإذا فسر هذا السلوك فإن تفسيره يكون على أساس ما كونه هو من معان اكتسبها من خبراته الخاصة .

فكم منا يحاول استقصاء أسباب الغضب عند فرد ما ، أو انعزال ثان عن العلاقات الاجتماعية ، أو حب التسلط عند ثالث؟ وكم منا يستطيع تفسير سوء التفاهم الذي قد يقوم بينه وبين غيره في ضوء التكوين النفسي الذي يؤثر في سلوكه أو في سلوك الغير؟

ولا تزال الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية غير معروفة إلى الآن وذلك لأن مثل هذه الاضطرابات لم تعط الاهتمام الكافي في محاولة لتحديد أسبابها .

وهي كذلك تشتمل على العديد من الحالات التي تتراوح في شدتها بين الشديدة والمتوسطة والمتدنية الشدة والتي لا تعرف أسبابها .

وبالرغم من أن البعض يرجع أسباب الاضطرابات إلى مجموعة من العوامل التكوينية والوراثية والبيئية ، لا يمكن القول أن مثل هذه العوامل تقف وراء جميع الاضطرابات نظراً لكثرتها وتعدها . فبعض الاضطرابات ربما ترجع في أسبابها إلى عوامل تكوينية أو وراثية ، في حين بعضها الآخر قد تسبب بفعل العوامل البيئية ، وهناك عموما يمكن تصنيف العوامل المحتملة التي تقف وراء مثل هذه الاضطرابات في المجموعات التالية :

أولاً : العوامل التكوينية الوراثية :

Biological/ Genetic Factors

- **العامل الوراثي** : تشير الدلائل العلمية إلى أن بعض الأمراض النفسية والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لها أصولها البيولوجية الجينية ، حيث بفعل العوامل الوراثية تحدد الاستعدادات لدى البعض من الأفراد الإصابة ببعض الأمراض النفسية أو تطوير الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ، ومثل هذه الاستعدادات تبقى كامنة ما لم يتم توفير الظروف البيئية المناسبة مثل الأزمات الاجتماعية والعاطفية والأحداث المزعجة والصدمات والخبرات المؤلمة والقسوة والتهديد والحرمان وغيرها ، بحيث تعم مثل هذه العوامل على تنشيط الاستعدادات لديهم . فعلى سبيل المثال ، تظهر الدلائل أن للاكتئاب والقلق وبعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية استعدادات جينية موروثة ، في حين أن بعضها الآخر لها أصولها العصبية .
- **العامل العضوى البيولوجي** : ممثلاً ذلك في الخلل في الجوانب الفسيولوجية الوظيفية للجهاز العصبي نتيجة تلف أو تدمير بسيط في الخلايا العصبية ، أو نتيجة للنشاط فوق العادي للخلايا العصبية ، وذلك كما هو الحال في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كما يلعب الاضطراب في إفراز الغدد دوراً بارزاً في نشوء الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وتطورها ، فالزيادة في إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية يتسبب في زيادة النشاط والحركة وسرعة التهيج لدى أطفال ، كما أن الإفراط في إفراز هرمون الباراثرمون الذي تفرزه جارات الدرقية يؤدي إلى ضعف التناسق الجسمي والميل إلى النوم والخمول وزيادة الحساسية والميل إلى المشاجرة ، في حين تسبب الزيادة في إفراز الهرمون الجنس التستوستيرون إلى زيادة التهيج والمشكلات الاستحواذية والعدوانية . عموماً نلاحظ أن الاضطرابات في إفراز الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء المختلفة تؤثر في التوازن الكيميائي للجسم بحيث يتأثر بها النشاط العصبين وينتج عن ذلك تغييراً في الأنماط السلوكية للفرد .

ثانياً : مجموعة العوامل البيئية :

Environmental/ Ecological Factors

تكاد تكون العوامل البيئية من أكثر العوامل التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية في مرحلة الطفولة . فالبيئية تمثل مجموع المثيرات المادية والاجتماعية التي يتفاعل

معها الفرد منذ لحظة التكوين وحتى الممات ، ومثل هذه المثيرات تلعب دوراً بارزاً في بناء شخصيته وتطوير خبراته واتجاهاته وميوله وتنمية قدراته والتي بلا شك تفصح عن نفسها في المظاهر السلوكية المتعددة .

لذلك ينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج للتفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد بين الظروف في الموقف ، أن تفسير القوى الداخلية وتفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أو ميادين علماء البيئة ، فمثلاً يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الفرد ، بينما يركز علماء البيئة الأطباء إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا الفرد وبين بيئته ، وفي حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري وتأثير ذلك على شخصية الفرد ويدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة ، إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو التفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها بدون الاهتمام بتفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها .

ويجب على من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي أن يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها ومعلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها، وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة ، كذلك يحاول المهني في هذا المجال أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف .

إن تعرض الأم الحامل إلى الخبرات المؤلمة والمشكلات العاطفية والاجتماعية ، والحوادث والمعاناة من الضغوط والأمراض بالإضافة إلى تعاطيها المخدرات والمسكرات والإدمان على التدخين وتناول العقاقير الطبية والتعرض إلى أشعة (X) وسوء التغذية وعوامل التكوين وغيرها من العوامل الأخرى التي تتعرض لها الأم الحامل تؤدي إلى اضطرابات في إفراز الغدد لديها وتغير التركيب الكيميائي في دمها ، مما ينعكس سلبا في نمو جنينها وفي خصائصه وأنماطه السلوكية . لقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات بهذا الشأن ، أن العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يمارسها الأطفال هي نتائج للخبرات المؤلمة وغير السارة التي تعاني منها الأم الحامل . فالعصبية وتقلب المزاج وكثرة الحركة وضعف الانتباه وسرعة التهيج والخمول والعدوانية ونوبات القلق والاكتئاب وضعف التآزر الحركي وغيرها من اضطرابات أخرى ترتبط إلى درجة كبيرة في أسبابها مثل تلك الخربات التي تمر بها الأم الحامل .

كما تلعب العوامل البيئية دوراً بارزاً في اضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال في مراحل بعد الولادة . فالبيئة الخارجية تمثل الوسط الحقيقي الذي يتفاعل معه الفرد ، ومن خلاله تتبلور الاستعدادات الوراثية لديه وتنو قدراته ووظائفه ويكتسب خبراته ومعارفه ويطور اتجاهاته وميوله وانفعالاته ، ويتعلم العادات والتقاليد واللغة وقواعد السلوك . واعتماد على طبيعة الخبرات ونوعية المثيرات الاجتماعية والمادية التي يتعرض لها الفرد ويتفاعل معها يتحدد المستوى النمائي لديه والذي على أساسة تتمايز أفعاله السلوكية .

وفيما يلي عرض لعدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات السلوكية البسيطة أو المتوسطة :

- نمط العلاقة بين الطفل وأبوية .
- نمط التربية الأسرية وخاصة التربية الأسرية المتشددة أو الفوضوية .
- الإهمال الزائد ، التدليل الزائد ، الحماية الزائدة .

أما الأسباب المدرسية التي قد تؤدي إلى حدوث الاضطرابات السلوكية البسيطة أو المتوسطة لدى الطفل فهي :

- نمط التربية المتشددة .
- أشكال العقاب التي تمارسها الإدارة المدرسية (العقاب غير المدروس وغير المبرر) .
- طرائق التدريس غير المناسبة .
- مقارنة الطفل بأقرانه باستمرار .

تمثل الأسرة الوسط الاجتماعي الأول الذي ينشأ فيه الطفل ويتفاعل معه ويعتمد إلى درجة كبيرة علية تلبية احتجاجات وتنمية قدراته ومعارفه ومعرفها ومهاراته . فعلاقة الطفل بأمه هي أول العلاقات التي يشكلها وهي من أكثر أهمية في نموه وتطوير شخصيته . فالأم هي المصدر الأول الذي يشبع حاجاته البيولوجية ويقدم له الدعم الحماية والحب والحنان وغيرها من الحاجات النفسية الأخرى . إن اتجاهات الأم نحو طفلها ونوعية الخدمات التي تقدمها له تؤثر في نموه السليم وفي تطور خصائصه وأنماطه السلوكية . فالحماية الزائدة والخوف الشديد على الطفل والدلال قد يسهم في توليد مظاهر انفعالية وسلوكية غير مقبولة لدى الطفل مثل الاتكالية ، وقلق الانفصال والغيرة والتمرد .

أما الإهمال والتجاهل وعد إشباع حاجات الطفل وتقديم الحب والحنان له واستعمال أساليب التهديد والعقاب والقسوة في تدريبه ورعايته وغيرها من أساليب الرعاية السلبية ، فقد

تسبب في نشء اضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه من مثل العدوانية وفقدان الثقة بالآخرين ، وتدني مستوى مفهوم الذات ، واضطرابات النطق والقلق والانطوائية والتمرد والعصيان وإلى غير ذلك من اضطرابات الانفعالية والسلوكية الأخرى .

ولا يقتصر دور الأسرة في التأثير في خصائص الطفل بدور الأم فحسب ، لا بل وسهم الأب في ذلك من خلال أساليب الرعاية والتربية التي يتبعها مع أطفاله وفي علاقته مع الزوجة . فالشك والإهمال وإلحاق الأذى بهم وضربهم وعقابهم وعدم مراقبتهم ، بالإضافة إلى خلافاته وشجاره المتكرر مع الزوجة والأبناء تسهم إلى درجة كبيرة في تطور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ومن أبرزها سلوك التجنب والقلق وفقدان الثقة بالآخرين والهروب من البيت والاكتئاب .

وثمة عامل آخر يرتبط بالأسرة قد يتسبب في حدوث اضطرابات الانفعالية والسلوكية يتمثل في المواقف الضاغطة الناتجة بفعل الأزمات الاقتصادية والمشكلات الاجتماعية التي تعاني منها الأسرة ، بالإضافة إلى وجود النماذج السيئة ، ممثلا ذلك في الأب أو الأم أو الأخوة والأخوات . ويضاف إلى ذلك الأسباب الغذائية المتبعة بالأسرة ونوعية الطعام وأنماطه ، فهي بلا شك تسهم إلى درجة ما في تطور بعض اضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال .

أما البيئة الثانية (العوامل المدرسية) : إن لنوعية الخبرات التي يتعرض الأطفال لها في المدرسة أثراً بارزاً في ظهور اضطرابات الانفعالية والسلوكية لديهم . فوجود أقران السوء والصحبة السيئة والاحتفاظ بعلاقات مضطربة مع الآخرين من أطفال ومعلمين ، بالإضافة إلى تذبذب أساليب المعاملة من قبل المعلمين والإسراف في استخدام النقد والتهكم والسخرية والعقاب من قبلهم واتباع الأساليب التي تقوم على القمع والتلقين ، وعدم التسامح وعدم إتاحة الفرصة للأطفال في المشاركة وإبداء آرائهم ، وعدم مراعاة الفروق الفردية كلها جميعا قد تكون من الأسباب المحتملة لظهور اضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال . فعلى سبيل المثال ، العدوانية ، والتهرب من المدرسة ، وادعاء المرض والخوف المرضي والتمرد والعصيان والقلق والانطواء والانسحاب والخجل وتشتت الانتباه وعد التركيز هي استجابات انفعالية قد يطورها الطفل كنتاج لمثل تلك الخبرات غير السارة التي يواجهها في البيئة المدرسية .

ويمتد أثر البيئة ليشمل طبيعة النظام الثقافي السائد في المجتمع ، حيث تسهم البيئات المنغلقة والتي تسود فيها الأساليب التربوية المتشددة في تطوير اضطرابات الانفعالية والسلوكية مقارنة بالمجتمعات المعتدلة والأقل تشدد أو الأكثر تسامحاً .

ويقترح كوفمان خمسة أساليب على المدارس إن تتعامل مع الأطفال من خلالها للوقاية من تطور الاضطرابات السلوكية لديهم وهي :

١- مراعاة الفروق الفردية على مستوى الاهتمامات والقدرات .

٢- تبني توقعات واقعية من سلوك الأطفال وتحصيلهم الأكاديمي .

٣- التعامل مع المشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل بثبات . فالمرونة المفرطة والحزم المبالغ فيه يزيدان الاضطرابات السلوكية .

٤- مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه .

٥- مراعاة حاجات الطفل التعليمية وذلك من خلال جعل مجالات الدراسة مثيرة لاهتمامات الطفل قدر المستطاع .

- بعض النظريات والاتجاهات الحديثة المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية :

تساعد النظريات في فهم قضايا النمو وتطور الأطفال الذي يصاحبه اضطرابات في السلوك ، كما تفيد نظريات أخرى في فهم دور الثقافة والبيئة المباشرة والتفاعل بين الفرد والموقف الاجتماعي ، ولكل نظرية جوانب قوة وجوانب ضعف إلا أنها في النهاية تقدم عملا أساسيا في فهم السلوك .

وفيما يلي عرض لأهم النظريات والاتجاهات المفسرة للاضطرابات السلوكية :

- النظرية السلوكية .
- نظرية التحليل النفسي .
- النظرية البيوفسيولوجية .
- الاتجاه الدينامي .

أولاً : النظرية السلوكية :

قامت في أمريكا حركة نفسية هامة في السلوكية ، كانت كرد فعل للنظريات النفسية السابقة ، وكان هدفها القضاء على النزعة الفلسفية في التفكير النفسي ، وجعل هذا العلم ضمن العلوم التطبيقية يعتمد في الوصول إلى حقائقه على التجريب والملاحظة الموضوعية للسلوك الظاهر .

وفسرت السلوك على أساس العادات التي تتكون آليًا بحيث يمكن تفسيرها على أساس ميكانيكي بحت ، ونقطة البداية في العادات مثير خارجي يؤدي إلى استجابة ، وهذه تكون ذاتها بمثابة مثير داخلي يؤدي إلى استجابة أخرى وهكذا ، وينمو السلوك بتكوين سلاسل متصلة من العادات ثم تصبح هذه العادات أنماطًا سلوكية تساعد الكائن على مواجهة مواقف الحياة ، ونفس

القول على السلوك الاجتماعي الذي يتكون من سلاسل من العادات الميكانيكية المرتبطة بمثيرات البيئة الاجتماعية .

السلوك عبارة عن مثير واستجابة :

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني سلوك فطري منعكس أي أنه عبارة عن فعل أو ما يطلق عليه (مثير واستجابة) ، ولا تعترف النظرية السلوكية بوجود استعدادات فطرية دافعة يرثها النوع الإنساني ، فالإنسان في نظرهم عبارة عن آلة تستجيب لما حولها من منبهات ولا تحركه دوافع داخلية نحو غايات بل منبهات خارجية وداخلية ، تجعل من الفعل الغريزي سلسلة من الحركة الآلية العمياء تتبع بعضها بعضًا دون حاجة إلى تدخل الشعور ودون حاجة افتراض غرض يرمي إليه أو دافع يوجه إلى هدف ، ويقرر أنصار هذا الاتجاه أن الانفعالات الفطرية لا تزيد عن ثلاثة هي (الخوف والغضب والحب) أما ما عداها من انفعالات فهو مكتسب ، فمثلاً المثير الطبيعي للخوف هو الصوت المرتفع العالي ، وأن مثير الغضب هو منع الطفل من الحركة ، وأن مثير المحبة هو التودد والابتسام .

وفسرت هذه المدرسة سلوك الإنسان على أنه فطري منعكس ، فقد ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة آلية محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه ، ودون اعتبار لشعور الفرد وحالته النفسية رغم أن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في أشخاص مختلفين أو في الفرد نفسه من حين لآخر .

هذا وقد اقتنع ثورندايك بضرورة الاقتصار على دراسة السلوك الخارجي حتى يمكن فهم الطبيعة البشرية ، كما دعى واطسون إلى نبذ الطريقة التأملية والاقتصار على دراسة السلوك الموضوعي للإنسان ، وقد توصل ثورندايك بعد تجاربه العديدة على سلوك الحيوان إلى الحيوانات تتعلم عن طريق المحاولة والخطأ trial and error بمعنى أنها تتعلم بعدة محاولات لحل مشكلة ، بإزالة كل الحركات غير الناجحة وتقوية الناجح منها ، وفي ذلك أوضح أن عملية التعليم تقوم على قانونين هما قانون التكرار وقانون الأثر ، فالنتائج السارة تزيد من تقوية الارتباط بين المثير والاستجابة ، والنتائج غير السارة المؤلمة تضعفه ، فجميع عاداتنا لا تتكون بطريقة مبسطة وهي الارتباط بين الاستجابات وبين بعض المنبهات ارتباطًا شرطيًا بل تتكون أيضًا بطريقة أخرى أكثر تعقيدًا هي المحاولة والخطأ .

إن هناك الكثير من الباحثين في الاتجاه السلوكي الذين لهم مساهمات مفيدة حول تطور هذا الاتجاه وتقدم البحث فيه ، ولكن تبقى أنواع التعلم الثلاث الإشراط الكلاسيكي ، والإشراط الإجرائي ، والتعلم بالملاحظة أو التقليد هي من أنواع التعلم الأساسية .

- **الإشراط الكلاسيكي** : وهو إذا ما اقترن مثير محايد أو شرطي مع مثير طبيعي ، فيؤدي هذا الاقتران إلى الاستجابة الانفعالية أو الفسيولوجية الطبيعية ، وإذا تكرر اقتران المثير الشرطي مع المثير الطبيعي فإن المثير الشرطي يكتسب خصائص المثير الطبيعي حيث تنتج استجابة متعلمة تسمى بالاستجابة الشرطية ، وقد ساهم الإشراط الكلاسيكي فى فهم أنماط السلوك المضطرب والخاصة بالخوف المرضى phobia .
- **الإشراط الإجرائي** : اهتم بتفسير السلوك الإرادى الموجه نجو الهدف ، وفيه التعلم يحدث إذا أعقب السلوك حدث في بيئة يؤدي إلى إشباع حاجة الفرد واحتمال تكرار السلوك المشبع في المستقبل وهكذا تحدث الاستجابة ويحدث التعلم أي النتيجة التي تؤدي إلى تعلم السلوك وليس المثير ، ويرتبط التعلم الإجرائي في أسلوب التعزيز ولهذا الإجراء استخدامات كثيرة في مجال العلاج السلوكي وتعديل سلوك الأطفال في المدارس والمستشفيات والعيادات ولها استخداماتها في التعليم والتدريب .
- **التعلم بالملاحظة (النمذجة)** : يعد ألبرت باندورا الذي وضع أسس نظرية التعلم الاجتماعي أو ما يعرف بالتعلم من خلال الملاحظة . كثيرة هي السلوكيات التي يتعلمها الإنسان من خلال ملاحظتها عند الآخرين والتعلم بالملاحظة يحدث عفويا في أغلب الأحيان للتأكيد ذلك قام باندورا وزملائه في إحدى الدراسات تبين من خلالها أن مجموعة الأطفال التي شاهدت العدوان في فلم قد أظهرت سلوكيات عدوانية أكثر من المجموعة الأخرى التي شاهدت فلما محايدا .

تشتمل نظرية التعلم بالملاحظة على تحليل وتقيم المتغيرات الثلاثة ذات العلاقة بالسلوك وهي :

- المثيرات السابقة .
- العمليات المعرفية .
- المثيرات اللاحقة .

هناك ثلاث نتائج مختلفة لتعرض الشخص المراد تعليمة لنموذج ما وهي :

- اكتساب أنماط استجابات جديدة نتيجة التعلم بالملاحظة .
- قد يقوي أو يضعف كف الاستجابات .

• قد يكشف عن استجابات سبق أن تعلمها باستعمال سلوك النموذج كإشارة لكي يتم تقويم التعلم بالملاحظة لا بد للفرد من :

• الانتباه للملامح المناسبة لعمل النموذج .
• الاحتفاظ بالأحداث الملاحظة على شكل رمزي لاسترجاعها في المستقبل .
• القدرة الجسمية لإعادة إصدار المعلومات المحفوظة .
• الحافز لأداء السلوك النموذج .

تفترض النظرية السلوكية أن الإنسان يتعلم السلوك السوي وغير السوي من خلال تفاعله مع البيئة ، ويعمل التعزيز على تدعيم السلوك ، أما السلوك الشاذ هو استجابات متعلمة خاطئة يتعلمها الفرد خلال نموه .

وحسب اتجاه النظرية السلوكية فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية لديهم سلوك سلبي لا يساعدهم على تحقيق أهدافهم والاستمتاع بعلاقاتهم وهذا السلوك هو سلوك متعلم ، ويقول العالم باندورا Bandura أن التعلم بالملاحظة أو التقليد مهم أيضًا في هذا السياق ، حسب هذا النمط فإن جميع أنواع التعلم هذه تؤدي إلى تغير مهم في سلوك الناس خاصة إذا عززت .

ينظر إلى الإنسان في هذا الاتجاه على أنه عضوية بيولوجية يجب أن تتفاعل مع البيئة من أجل البقاء . ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك المنحرف أو الشاذ بأنه سلوك متعلم . إن السلوك المنحرف يتضمن منظومة من الاستجابات غير الفعالة في التعامل مع المشكلة أو التي لها تأثيرات جانبية غير مرغوب فيها . إن توابع مثل هذه السلوكات تتضمن عادة الفشل ، الانسحاب ، الذهول ، الخوف ، والقلق .

وحيث أن السلوك المنحرف أو الشاذ سلوكاً متعلماً لذا يجب فحص بيئة الطفل عن كثب . العوامل في البيئة ليس فقط تثير الاستجابات ، ولكنها أيضاً تحافظ على إدامة هذه الاستجابات عن طريق تعزيزها . إن الأطفال غالباً ما يتعلمون سلوكاً غير مرغوب فيه وذلك بسبب أن الوالدين أو المعلمين يعززون مثل هذا السلوك ، أو أن الأطفال يفشلون في تطوير سلوكات مناسبة لأعمارهم بسبب أن هذه السلوكات كانت قد عززت . كذلك يمكن أن يقوم الأطفال بسلوك منحرف أو شاذ بسبب عدم معرفتهم بالذي يجب عليهم القيام به نتيجة المعاملة غير الثابتة أو غير المتوازنة .

يقول لوينسون Lowinsoin أن الاكتئاب يحدث نتيجة قلة تعزيز السلوك ، إذ عندما يتلقى الناس تعزيزات قليلة تقل لديهم الاستجابات ونتيجة لذلك فإنهم يستقبلون تعزيزات أقل وهذا يجعلهم يعانون من الاكتئاب .

التشخيص اعتماداً على وجهة النظر السلوكية تشمل عدداً من الخطوات هي :

١. السلوك المستهدف : أي ما هو السلوك المقصود ، إذ يجب وصف السلوك بمنظومة من الاستجابات الملاحظة :

- هل هو زيادة في السلوك : هل يحدث كثيراً ، أو لمدة طويلة ، أو تحت ظل ظروف غير مناسبة .
- هل هو نقص في السلوك : هل يفشل في الحدوث عندما يجب أن يحدث . وإذا كان سلوكاً جديداً هل يمكن تجزئة هذا السلوك إلى عناصر صغيرة أو إلى خطوات يسهل تعلمها .
- عدد مرات حدوث السلوك : تسجيل تكرار حدوث السلوك في الوقت الحالي .

٢. البيئة : وتتضمن وصف جميع الأبعاد التي لها علاقة بالبيئة :

- كم مرة يحدث أو كم مرة يجب أن يحدث .
- أين ومتى يحدث أو يجب أن يحدث .
- ماذا يحدث مباشرة قبل أن يحدث .
- ماذا يحدث مباشرة بعد أن يحدث .
- من هم الأشخاص أو الأشياء التي لها علاقة بالسلوك وبأي طريقة تلك العلاقة .
- ما هي احتمالات التعزيز في الموقف .

٣. الفرد : معلومات محددة عن الفرد وتشمل :

- خصائص الفرد ، مهاراته ، هواياته ، إمكاناته التي يمكن أن تساعد في تعديل سلوكه . ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات عن طريق الاختبارات النفسية .
- ما هي حالات الإعاقة التي يمكن أن تحد من تحقيق الأهداف السلوكية .
- ما هي المعززات التي كانت مستخدمة بفاعلية في الماضي .

إن التشخيص السلوكي يمكن أن يقوم به أي فرد له ألفة بالموقف وسبق له أن تعلم الملاحظة وقياس متغيرات محددة في المواقف . إن كثيراً من معلمي المدرسة قد تعلموا مثل هذه المهارات الضرورية لعملية التشخيص السلوكي .

إن الخطوة الأخيرة في عملية التشخيص هو وضع أهداف لعملية التدخل . وفي الاتجاه السلوكي يوجد هدفان :

١. التقليل من حدوث السلوك غير المناسب أو السلبي في موقف ما .
٢. زيادة حدوث السلوك المناسب أو الإيجابي في موقف ما .

طرق العلاج السلوكي :

تمارس المدرسة السلوكية طرق وأساليب مختلفة ومتنوعة في العلاج النفسي سنحاول أن نتطرق إليها بشيء من التلخيص غير المخل ، وذلك نسبة تعددها :

- **طريقة إزالة الحساسية بشكل منتظم :**

يقوم المعالج الذي يستخدم هذا الأسلوب بمحاولة تخفيف التوتر والقلق الناجم عن الموقف المثير للتوتر ، بإحداث مثير (موقف) مضاد للمثير الأول ويتم ذلك بالتدريج خلال فترة الجلسات العلاجية ، حيث يحل ــ تدريجيًا ــ المثير الشرطي محل المثير الطبيعي المسبب للاضطراب .

من الملاحظ هنا أن دور المعالج هو عبارة عن مدرب أو مساعد يساعد العميل في تعديل سلوكه تجاه الموقف المتسبب له في الاضطراب مما يساعد المريض على الانتقال إلى حالة الشفاء بعد عدة جلسات من الاسترخاء والتخيل للموقف المثير ، ثم الحدث عنه ، ثم التعامل معه ... إلى أن يزول التوتر الناشئ عن المثير الذي تسبب في الاضطراب .

- **طريقة التفجير الداخلي :**

هذا الأسلوب العلاجي مضاد أو مختلف تمامًا عن الأسلوب الأول ، حيث يستخدم المعالج فيه المثير المتسبب في الاضطراب لإحداث أعلى درجة من درجات الخوف والتوتر دفعة واحدة ، مما يرفع حالة الشعور بالتوتر والخوف لدى العميل إلى أقصى درجة ممكنة ، وبهذه الطريقة يحدث نوع من الشفاء السريع ، وذلك عندما يدرك العميل أن توتره وخوفه لم يكن لهما أي مبرر ، وبذلك يكون قد تعلم أو اكتسب استجابة جديدة تساعده على مواجهة المثير المتسبب في الاضطراب بشكل جديد ليس فيه أي نوع من أنواع الاضطراب التي كانت تحدث في السابق .

- **طريقة الغمر :**

هناك تشابه ــ إلى حد كبير ــ بين هذه الطريقة من أساليب العلاج السلوكي وبين الطريقة السابقة (التفجير الداخلي) حيث يوضع العميل في طريقة الغمر في مواجهة المثير المتسبب في الاضطراب ، ولا يطلب إليه تخيله ــ كما في الطريقة السابقة ــ والغرض من ذلك هو وضع العميل في موقف مشابه للموقف المتسبب في خلق إحداث الاضطراب ، مما يجعله يستجيب للمثير بشكل صحيح ومختلف عما كان عليه قبل العلاج إذ يتعلم العميل من هذا الموقف الجديد استجابة جديدة تعلمه كيفية التعامل مع هذا الموقف المثير للاضطراب فلا يعود إلى الاستجابة الخاطئة مرة أخرى .

وقد أثبتت بعض التجارب التي أجريت للمقارنة بين الطريقتين ، أن طريقة الغمر أفضل في علاج اضطراب الرهاب (الخواف) .

- **طريقة التشكيل وفق النموذج :**

تعد هذه الطريقة من طرق العلاج السلوكي من الطرق الفعالة في العلاج النفسي ، وهي أقرب أو أشبه بطريقة إزالة الحساسية بشكل منتظم ، حيث يجعل المعالج العميل يتشكل وفق النموذج المطلوب من خلال أنموذج وبالتدريج ، أي أن يتعلم العميل كف الاستجابة الخاطئة لتحل محلها الاستجابة الصحيحة في حالة تعرضه للموقف المثير للاضطراب . وكمثال على ذلك نجد أن كثيرًا من الناس يتعلمون من خلال محاولة التقليد أو التشبه بالآخر لتعلم سلوكه . من هنا جاءت الفكرة لعلاج السلوك المضطرب بحيث يتشكل العميل حتى يصبح صورة مطابقة للنموذج ، فإذا كان هناك من يخاف السباحة فيمكنه أن يرى كيف يتعامل أقرانه مع النهر مما سيشجعه على أن يصبح مثلهم ، وكلما كان النموذج محبوبًا كانت نتائجه أفضل .

- **العلاج السلوكي المعرفي :**

يتركز هذا الأسلوب حول العميل وأفكاره عن نفسه فهو يعتمد على تغيير وتعديل مفهوم العميل تجاه نفسه وتجاه المواقف المثيرة التي تجابه مسيرته ، مما يساعده على تغيير استجاباته لتصبح استجابات صحيحة وغير خاطئة . وتستخدم في هذا الأسلوب المناقشة العقلية والمنطقية . ويهدف المعالج من خلال تلك المناقشة العقلية إلى إزالة الأفكار والمفاهيم والمعتقدات السالبة والخاطئة وغير المتوافقة مع السلوك المتعارف عليه بين الآخرين (البيئة الاجتماعية) ، والتي تشرب منها العميل مما يجعله يستجيب استجابات غير سليمة ولا واقعية للمثيرات (المواقف) التي يمر بها ، ولكن ما إن تتغير مفاهيمه وأفكاره الخاطئة تجاه نفسه حتى يتماثل للشفاء .

وتعد هذه الطريقة من الطرق الفعالة في علاج الاكتئاب النفسي . لا سيما وأن المصابين بالاكتئاب يتميزون بالتشاؤم من حياتهم ومستقبلهم ويكثرون من لوم أنفسهم وتسيطر عليهم علامات الحزن واليأس ... ، فإذ تمكنا من تعديل تلك النظرة المتشائمة التي سيطرت على عقل العميل ، بأن جعلناه يغير نظرته إلى نفسه ومستقبله بحيث تحل نظرة التفاؤل محل التشاؤم ، نكون بذلك قد تمكنا من مساعدة العميل على العلاج والشفاء التام .

- **طريقة التدعيم (التعزيز) :**

هي طريقة تتميز بالسهولة في التطبيق ، وقد يمارسها الفرد دون أن يعلم أنه يقوم بممارسته ، لا سيما في التعامل مع الأبناء أو التلاميذ في المدرسة . إذ تعتمد هذه الطريقة على

فكرة الثواب والعقاب أو التدعيم والمكافئة الإيجابية ، فيثاب العميل على كل استجابة صحيحة ، بينما يتم تجاهل كل استجابة غير صحيحة ، مما يجعله يتعلم الاستجابات المطلوبة عن طريق الثواب ، ويكف ويتوقف عن الاستجابات الخاطئة عندما نهملها ونتجاهلها .

- **التعزيز الايجابي :** مثال : قيام ابنك بعمل ترضى عنه فتثني عليه وتشكره فيعاوده وتتكون لديه الرغبة في تكرار نفس السلوك . وهو تجربة سارة لاحقة (نتيجة لاستجابة سلوك ما) إذا كان هذا الحدث يؤدي إلى زيادة استمرار قيام السلوك .
- **التعزيز السلبي :** مثال : إطفاء الضوء قبل النوم لشخص لديه أرق استسلامه للنوم نجد أنه يميل إلى إطفاء الضوء كلما رغب بالنوم .

ويتعلق بالمواقف السلبية والمؤلمة فإذا كان استبعاد هذا الحدث منفردا يتلو حدوث سلوك بما يؤدي إلى زيادة حدوث هذا السلوك فإن استبعاد هذا الحدث يطلق عليه تدعيم أو تعزيز سلبي .

مثال :

الخوف المرضي من الكلاب عند الأطفال : من المناسب استخدام العلاج السلوكي من خلال المثيرات الآتية (اسم كلب – صورة كلب – دمية كلب صغير – دمية أكبر – دمية بحجم الكلب – صوت الكلب مع الدمية – فيلم عن الكلاب – كلب حقيقي صغير وأليف ومدرب – كلاب حقيقية بأشكال وأحجام مختلفة) ثم تقديم هذه المثيرات للطفل وهو في حالة استرخاء تام ابتداء بالصورة وانتهاء بالكلب الحقيقي .

مثال على استخدام التعزيز :

لو افترضنا أن طفلا ما يقوم بالقفز على المقاعد داخل الفصل وقام المعلم بالصراخ على الطفل ، فربما كان صراخ المعلم بمثابة تعزيز للطالب لأنه قد يكون هدف الطالب من السلوك هو لفت انتباه المعلم ، لذا فإن صراخ المعلم يعد بمثابة تعزيز للطفل على تكرار مثل السلوك ، بينما لو تحدث المعلم بصوت هادئ مع الطالب الذى قام بالقفز على المقاعد ، وعززه مباشرة بعد قيامه بالتجاوب مع المعلم والجلوس في مقعده فإن سلوك القفز سيتلاشى بعد تعزيز السلوك الإيجابي (الجلوس) .

– **طريقة الضبط الذاتي :** وفيه يحاول المعالج نقل الطفل من الضبط الخارجي لسلوكه إلى الضبط الداخلي لهذا السلوك ومن أساليبه الملاحظة الذاتية وتخطيط البيئة والبرمجة السلوكية ، وفي نفس الاتجاه يأتي أسلوب تأكيد الذات : وفيه يعمل المعالج على تعزيز علاقة الطفل بذاته ، وتدريبه على المواقف الاجتماعية المختلفة من خلال لعب

الأدوار والمـــشاركة الاجتماعية الفعالة وإبداء الرأي ، " وتعليم الطفل السلوك التأكيدي المناسب والفعال والمعقــول وفقاً للمعايير الثقافية والاجتماعية " .

ومن فوائد الاتجاه السلوكي نجد :

- **أولاً** : أنه يفترض أن الاضطراب النفسي والسلوكي هو نتيجة تعلم سلبي ولهذا لا يجب اعتباره مرضًا .
- **ثانيًا** : فإن التركيز يكون على خبرات الفرد وتاريخه الإشراطي وهذا يجعل هذا النمط حساس للعوامل الثقافية والاجتماعية .
- **ثالثًا** : فإن النمط السلوكي في التعامل مع الاضطراب لا يعطي حكمًا على الأشخاص . وإنما يوصي بالعلاج فقط عندما تسبب أعراض الاضطراب النفسي مشكلات للشخص نفسه أو من هم حوله .
- **رابعًا** : يفترض من خلال هذا النمط أن الاضطراب النفسي يسببه عوامل بيئية ونتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب ليس مسؤولاً عن هذه الاضطراب .

بعض الانتقادات التي توجه للنظرية السلوكية :

١- يركز أصحاب هذا التوجه على السلوكيات البسيطة وبذلك تقل فاعلية تطبيقه على المشاكل الإنسانية الأكثر تعقيدًا .

٢- يظهر السلوكيون أحيانًا عدم اتفاق للمبادئ الأولية للنضج والنمو والدافعية الداخلية ورفضهم للعمليات الداخلية والمعرفية ، ويتضح في حالة المضطربين سلوكيًا أن الحاجة لفهم لماذا حصل؟ وماذا حصل؟ لا يكفي .

٣- إن تعديل سلوك شخص يتضمن أسئلة جادة حول القيم التي لم يتم التعامل معها بعد على نحو ملائم ، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أننا لا نغير الأطفال من أجل إرضاء الكبار ، فالأطفال السلبيون الهادئون الذين يسهل التعامل معهم يمكن ألا يكونوا أسوياء .

٤- بعض الجوانب الإيجابية في البرامج السلوكية لا تستمر مع الوقت ، وبعض البرامج السلوكية تظهر صعوبة في جانب انتقال التعلم ، وغير قادرة على مساعدة الفرد لنقل المهارات التي تعلمها لمواقف مشابهة .

٥- الاشتراط في الإنسان أقل منه أهمية في الحيوانات التي تُدرس في المختبر إذ أن الاشتراط الإجرائي (Operant) والانطفاء (Extinctions) في الإنسان يعتمد بشكل كبير على معرفة العلاقة بين الاستجابة وإعطاء التعزيز وهذا مختلف عما هو لدى الحيوانات .

٦- تبالغ النظرية في دور البيئة في إحداث الاضطراب وتقلل من الأسباب الأخرى مثل الوراثة ، ولهذا تقل قدرتها على تفسير بعض الأمراض النفسية .

ثانيا : نظرية التحليل النفسي :

سيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩) مؤسس نظرية التحليل النفسي ويعتبر فرويد أكبر مكتشف ظهر في ميدان علم النفس وقد قضى السنوات الأخيرة من حياته في البحوث الطبية والنفسية بعكس الذين سبقوه فقد عكفوا على دراسة العقل الواعي (الشعور) ، لكنه أبدى اهتمامه في البحث عن المناطق التي توجد في العقل ولا يمكن ملاحظتها بالطريقة المألوفة المباشرة حتى أن العلماء يعتبرونه مكتشف الوحيد للعقل الباطن ، ولقد بدأ فرويد حياته كطبيب ثم سافر إلى فرنسا ليدرس الأمراض العصبية بجامعة باريس ثم عاد إلى فينا لمزاولة مهنة الطب واشترك في معالجة بعض الحالات العصبية مع زميله (بروير) وكان لهما ملاحظات هامة منها .

*أن بعض الحوادث التي تقع لشخص في طفولته تشغل عقله باندفاع وإلحاح عجيب ولهذا يتذكرها الشخص بوضوح في أثناء التنويم المغناطيسي .

ثانيا – فلسفة نظرية التحليل النفسي :

تنشأ هذه النظرية من واقع ممارسة فرويد لعملة كطبيب بأمراض نفسية فهي عبارة عن نظرية نفسية تتحدث عن طبيعة الإنسانية وعن الشخصية ونموها ومنهج البحث لدراسة السلوك البشري وهي نظرية في العلاج النفسي لمن يعانون اضطرابات عصبية .

مسلمات و(مفاهيم الرئيسية في النظرية) :

لقد قام فرويد نظريته على ثلاث مسلمات أساسية عن الطبيعة الإنسانية وهي:

* أن مرحلة الطفولة لها تأثير كبير في سلوك الفرد في المرحلة التالية وخاصة مرحلة الخمس سنوات (٥٠) الأولى ويكون لها تأثير كبير في تكوين شخصية الفرد مستقبلا .
* أن الغريزة الجنسية هي التي تحدد سلوك الفرد .
* أن معظم سلوك الفرد تحكمه محددات لا شعورية .

إن الإنسان في نظير النظرية عدواني وشهواني تتحكم به غريزة الحياة ويمثلها دافع الجنس وغريزة الموت ويمثلها دافع العدوان .

مكونات وديناميه الشخصية :

مكونات الشخصية :

- بالنسبة لبنية الشخصية فهي تتكون من (الهو id والأنا Ego ، والأنا الأعلى super Ego) مثل ما ذكر سابقا ولكل جزء من هذه الأجزاء وظائفه الخاصة ومكوناته الخاصة إلا أن هذه الأجزاء تتفاعل معا بحيث يصعب فصل تأثير كل جزء عن الآخر ومحصلة تفاعل هذه الأجزاء الثلاثة هو السلوك ونادرا ما يعمل أحد الأجزاء دون الآخر .

الهو Id : يكون من الطاقات الحيوية والغرائز والدوافع الفطرية والجنسية والعدوانية وجميع هذه الغرائز والدوافع والطاقات الحيوية والنفسية تولد مع الفرد أي أنها موروثة وموجودة سيكولوجية منذ الولادة والهو يمثل الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتناولها المجتمع بالتهذيب والتحويل فالهو مستودع للطاقات الغريزية وأهم هذه الطاقات الغريزية هما غريزة الجنس والعدوان واعتقد فرويد في البداية بأن الهو يحتوي على الدوافع تجاه الجنس وحفظ الذات ولكنه فيما بعد عدل ذلك ليشمل الدوافع المزدوجة للجنس والعدوان والدافع الجنسي دافع شهوانيا .

أما الدافع العدواني فإنه عنصر هدام والدفعات ينصهران ويتوحدان معا ولكن بدرجات مختلفة وكل الأفعال العدوانية والهدامة تتضمن شيئا من المعنى الجنسي غير الواعي بنسبة إلى مرتكبهم وهي بذلك تحقق في النهاية إشباعا جنسيا وبالمقابل فإن لكل سلوك جنسي يجرد ويطلق بعض الدوافع العدوانية اللاشعورية وكل فرد يملك هذه الحوافز وعليه أن يعرف كيف يتعامل معها .

ويمكن هدف الهو لإشباع واللذة المباشرة بشكل أناني لا يهتم بالمعايير الأخلاقية والاجتماعية إنما يشتهي ويرغب ويجري وراء تحقيق هدفه وهو إشباع الحاجات الغريزية حسب مبدأ اللذة وهو المبدأ الذي يحكم نشاط الهو حتى مرحلة البلوغ أو الرشد وكذلك يعتبر الهو مصدرا للطاقة النفسية لهذا فهو ملتصق بالجسم أكثر من الواقع ولا يتغير الهو بفعل الزمن أو بفعل الخبرة وذلك لأنه جانب لا شعوري في الشخصية ووظيفة الهو الأساسية هي الحفاظ على الفرد في حالة مريحة وفي أدنى حالة من التوتر فعندما يكون الطفل جائعا وبحاجة إلى الطعام تسعى الهو إلى إشباع السريع للجوع وذلك حتى يشعر الطفل بالراحة والهدوء .

الأنا Ego : يعتبر مركز الشعور والإدراك الحسي الداخلي والخارجي ويكون ذلك عن طريق إحساس الفرد بذاته وإدراكه لمن حوله ، كذلك إدماج الطفل في العالم الخارجي من أجل اكتساب المعارف والخبرات المتعددة والمختلفة فمثلا الطفل في مراحل حياته الأولى لا يميز بين

الأشياء ولا يحس بالعالم الخارجي ، لكن عندما يحس بالجوع نجده يبكي أو يحاول أن يضع شي في فمه .

أما وظيفة الأنا الأساسية هي حماية الشخص من الأخطار التي قد تواجهه من العالم الخارجي .

فمثلا عندما يعتدي شخص على شخص آخر ، فإنه يؤدي حتما إلى رد فعل ويمكن أن يكون هذا الرد خطيرا على المعتدي .

الأنا الأعلى Super Ego :

يعد الأنا الأعلى المميز والرقيب الأخلاقي الذي يراقب سلوكيات الأفراد وعلى الفرد أن يحافظ على قيم وعادات وتقاليد مجتمعه ، التي تربى عليها وعرفها منذ صغره .

إذا أننا نجد أن الأنا الأعلى لا تولد مع الشخص إنما تنشأ عن طريق الاحتكاك بالآخرين وبواسطة التحذيرات التي يعتمد عليها الوالدين في تربية الطفل .

أما وظيفة الأنا الأعلى هي :

- كف حاجات ورغبات الهو ذات الطابع الجنسي والعدواني والتي لا تتفق مع قيم ومعايير المجتمع .
- يعمل الأنا الأعلى على مراقبة الأنا ومحاسبته على كل صغيرة وكبيرة .

يرى الاتجاه التحليلي بزعامة فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاثة أنظمة نفسية تعمل فيما بينها مجتمعة في توافق وانسجام وتتنافس باستمرار من أجل الطاقة النفسية المتاحة ، لكي يتحقق التوازن والاستقرار للفرد وخفض التوتر حيث يقوم أحد مكونات الشخصية (الأنا) بدور التوفيق بين مطالب كلاً من المكونين الآخرين (الهو والأنا والأعلى) ، فالأنا السليمة هي التي تستطيع التوفيق بين مطالب الهو الحيوانية وقيم الأنا الأعلى الأخلاقية ، في حين أن الأنا الضعيفة إما أن تخضع لمطالب الهو حيث يسود مبدأ اللذة وتقل سيطرة الواقع أو أن الأنا تخضع لتأثير الأنا الأعلى فلا تشبع حاجاتها وهنا ينشأ الصراع والتواتر والقلق .

وفي محاولة الأنا التوفيق بين مطالب الأنا الأعلى فإنها (الأنا) تنمي الحيل الدفاعية وهي أنماط سلوك تحاول من خلالها التخفيف من التوتر والقلق وتساعد الفرد في تحقيق نوعاً من التوافق .

أو شروط وهذه الطريقة غير الموجهة في التفكير هي من أهم الطرق التي يمكن بواسطتها أن نقرع باب الشعور ونوقظ الصراعات اللاشعورية والذكريات .

وكلما ضعفت رقابة الشعور في اصطفاء ما يظهر في ساحته ودفع ما ينكره وإبعاده عن الظهور اشتدت واتسعت فرص ظهور مكنونات اللاشعور وأحيانا يعتمد المرشد المختص إلى استعمال بعض المركبات الصيدلانية لإضعاف رقابة الشعور وإفساح المجال القوى للتداعي الحر لدى المسترشد ، وهنا يقوم المحلل على تفسير المشاعر والأفكار التي كشف عنها التداعي الحر وعلاقتها بخبرات طفولة لمسترشد ومشكلاته في الوقت الحاضر وفي التداعي الحر على المحلل أن يكون يقظا لملاحظة الفعالات المسترشد وحركاته العصبية وفلتات لسانه أو لما يعتبره من تلعثم وتردد وتحرج أو تأخر أو تغير شديد أو توقف مفاجئ في تسلسل التداعي وترابطه .

تحليل الأحلام Dneamanalysis :

طبقا لفرويد فإن تحليل الأحلام يقدم "الطريق السلطاني إلى اللاشعور" وجادل فرويد أنه يوجد رقيب داخل العقل يحافظ على المادة المكبوتة خارج الوعي الشعوري ولكن هذا الرقيب غالبا ما يكون أقل حذرا خلال النوم ونتيجة لذلك فإن الأفكار المكبوتة في اللاشعور تكون أكثر احتمالات لأن تظهر في الأحلام من تفكير اليقظة ، ورغم ذلك فإن هذه الأفكار تبزغ في صورة متنكرة بسبب طبيعتها غير المعقولة على سبيل المثال تحول الأفكار عن طريق عملية التكييف أي مزج أفكار مختلفة في عدد صغير أو عن طريق عملية الإزاحة (نقل الانفعالات أو معنى معين من الموضوع الأصلي إلى موضوع آخر ، وتتضمن الأمثلة المعروفة على أفضل وجه للإزاحة الرمزية الجنسية مثل أن يحلم شخص ما عن ركوب حصان أكثر من الانغماس في اتصال جنسي ولا يلجأ إلى تحليل الأحلام إلا عندما يجد أن مريضه لا يقوم بما يتطلب منه من التذكر وأنه يقاوم ذلك عادة لا تكون مقاومته إلا لأن ما سيقوله لا يعجبه ويخشاه وحينئذ قد يطلب المعالج من المريض أن يروي له ما يذكره من أحلام الأمس أو اليوم الذي قبله وأن يعلق عليها ويذكر ما يرتبط بها ومن رأي "فرويد" أن مادة الحلم لها ظاهرة وباطن وأن الصور التي تحتشد في الحلم تمثل أو ترمز لموضوعات وأحداث ودوافع من حياة المريض الخاصة وأن المحتوى الكامن للحلم في مقابل محتواه الظاهر (الصور التي يتألف منها) في حقيقته .

ليس سواء رغبات ودوافع وأفكار خبرها في الواقع واستشعر إزاءها القلق ومن ثم حاول أن يكبتها بأبعادها عن مجال الشعور ولكنها مع ذلك لا تستبعد بالكلية لأنها تعاود الظهور في الأحلام وخلال النوم عندما تتدنى قدرة المريض على مراقبتها ، ولكنها لا تسفر عن نفسها

حريصا فى هذه المرحلة على طاعة الكبار والامتثال لأوامرهم ونواهيهم وراغبا فى الحصول على رضائهم وتقديرهم . ولذا فهذه المرحلة مرحلة هدوء من الناحية الانفعالية .

- **المرحلة التناسلية (مرحلة المراهقة) :**

تتركز الطاقة فى الأعضاء التناسلية ، يتم فيها البلوغ الجنسي ، والميل نحو الجنس الآخر وظهور هذه الدوافع الجنسية التى تم كبتها فى مرحلة الكمون نظرا لوجود تغيرات فسيولوجية تتعلق بالبلوغ يتوقع من الطفل في هذه المرحلة التخلص من آثار العقد النفسية (أوديب ، إلكترا) .

فنيات العلاج بالتحليل النفسي :

إن الأساليب الفنية المستخدمة في النظرية كثيرة ومن الأساليب التي يستخدمها المحلل في عملية العلاج بالتحليل النفسي هي :

التنويم Hypnosis :

وملخص هذه العملية هو حث المسترشد أثناء التنويم المغناطيسي الإيحائي على تذكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية واسترجاع الدوافع والذكريات والصراعات اللاشعورية بمصاحباتها الانفعالية التي يعبر عنها المسترشد أثناء الصدمة تعبرا كافيا مما أدى إلى الكبت ونتيجة لهذه العملية فإن أعراض العصاب تختفي تدريجيا لأن هذه العملية تقوم باستدعاء محتويات اللاشعور إلى حيز الشعور والتعبير عنها لفظيا وانفعاليا (كصراخ – البكاء) ولكن وجد فرويد أن بعض المسترشدين لا يمكن تنويمهم وأن الشفاء الناتج عنه يكون وقتيا وقاصرا على إزالة الأعراض ولا يتناول الأسباب وكذلك وجد أنه لا يستطيع باستخدام الإيحاء وحده دفع المسترشد إلى تذكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية المكبوتة التي سببت المشكلة فلجأ إلى التداعي الحر والترابط الطليق .

التداعي الحر (الترابط الطليق) Fneeassociation :

يعتبر التداعي الحر الخطوة الرئيسية في عملية التحليل النفسي للكشف عن المواد المكبوتة في اللاشعور وتتطلب عملية التداعي الحر أن يستلقي المسترشد على مقعد مريح ليكون مريح في حالة استرخاء ويطلب المرشد من المسترشد أن يطلق العنان لأفكاره وأن يفصح عن كل ما يدور بخاطره من أفكار وذكريات مهما كان نوعها دون تخطيط ودون اختيار ودون قيود

في حدوث صراعات داخلية ينتج عنها سوء التوافق النفسي والاجتماعي . ففي الوقت الذي ركز فيه فرويد على الدوافع النفسية في معظم حديثه عن توافق الشخصية نجد أن أصحاب مدرسة التحليل النفسي الجديدة يميلون إلى التركيز على الجوانب الإيجابية الاجتماعية لعلاقة الفرد بالمجتمع حيث يؤكدون أهمية المجتمع في صياغة السلوك وتشكيله ، وهي نقطة الخلاف بين فرويد وبين من تبعه في مدرسة التحليل النفسي ومنهم أدلر وفروم وهورني وسوليفان وأريكسون .

يرى أدلر أن الدرجة العالية من التعاون والثقافة الاجتماعية التي يحتاجها الإنسان لوجوده وتوافقه في الحياة تتطلب نشاطاً اجتماعياً مستقلاً ، إذ أن الهدف الأسمى للتربية هو إثارة النشاط الاجتماعي المستقل وبناء الشخصية المتوافقة السوية ، فكل تكيف يحققه الفرد في الحياة ابتداءً من روضة الأطفال مروراً بالمدرسة والجامعة حتى إدارة المؤسسة إلى الزواج والتقاعد إنما هو عمل اجتماعي ؛ فالفرد عند أدلر لديه الفرصة ليصبح أفضل مما هو عليه الآن ويتقدم نحو الأفضل ويقلل من مشكلاته في الحياة أو يعالجها بأساليب ملائمة ليصل إلى درجة كبيرة من التوافق .

يرى أدلر أن مشاعر النقص لدى الأفراد هي المسؤولة عن سوء التوافق النفسي والاجتماعي لديهم ومثل مشاعر النقص هذه تدفع بالفرد إلى تحقيق التفوق والنجاح في المعيشة الاجتماعية حيث تعمل الذات الخلاقة جاهدة لتجاوز لهذه العقدة من خلال تحقيق النجاح في أحد مجالات الحياة .

أما أريك فروم فينظر إلى أن لدى الإنسان الإحساس بالقدرة على الخلق والابتكار وهو ميال للإحساس بالانتماء لأخيه الإنسان ، وهو عضو في مجتمع ويشعر في الوقت نفسه بالاستقلال الذاتي كونه اجتماعي بطبعه وكائن متفرد . وما سوء توافقه إلا نتاج إحساسه بالوحدة والشعور بالعزلة ، بسبب انفصاله عن الطبيعة وعن مجتمعه ، إذ أن سبب الاضطراب في نظره عدم قدرة الإنسان على إشباع حاجاته ولا سيما الحاجة للانتماء .

وانطلاقاً من ذلك يرى فروم أن الشروط الأساسية للشخصية المتوافقة هي : الاستقلالية والحرية وحضور العقل النقدي إذ أن السمة الإيجابية للشخصية تتمثل في كون الإنسان نشيطاً وإيجابياً فاعلاً ولديه القدرة على الاستخدام الأمثل للطاقة الإنسانية على نحو يمكنه من استغلال قدراته وإمكاناته بما يتيح له فرصة النمو في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه .

أما كارين هورني فتؤكد أهمية العوامل الثقافية الاجتماعية في نمو الشخصية وتوافقها حيث افترضت أن كثيراً من السلوكيات الإنسانية هي متعلمة من خلال تفاعل الفرد مع الثقافة

صراحة بل في أشكال مقنعة وعلى هيئة رموز وبعض الرموز عام يشترك فيما كل الناس وبعضها خاص بشخص الحالم نفسه بحسب ثقافته وقد تبين لفرويد أن المريض هو يحكي عن أحلامه ويعلق عليها ويتذكر ما يتصل بها من حياته السابقة يكشف عن مكان لها ليست هي المعاني الظاهرة التي يوحى بها الحالم وعن صراعات طال نسيانه لها وظن لم تعد ذات بال ، ولكنها على العكس ظلت حية معه في السر وتتدخل في علاقاته بالآخرين وتتسبب له في الأعراض المرضية التي يشكو منها .

التأويل (التفسير) Interprétation :

تعتمد كل طرق التحليل النفسي بشدة على تأويلات المعالج الخاصة بما يقوله المريض على سبيل المثال كيف يعرف المعالج أن فتاة تحلم بركوب الخيل هو في الوقع تفكير خاص بالقيام بالفعل الجنسي أكثر منه خاص بركوب الحصان ببساطة ويعتبر التفسير أيضا من أهم الأدوات المستعملة لأن المحلل يحاول أن يكشف المعاني الخبيئة لما يقول المريض أثناء تداعى المعاني خلال جلسات التحليل ولما يذكره من أحلام ولسلوكه أثناء الجلسات وخارجها وللإعراض المرضية وما يرتكبه من هفوات كزلات اللسان مثلا ولسلوكه العام وأسلوبه في الحياة ويمكن للمعالج أن يقدم هذه التفسيرات على مستوى العميق وعلى المستويات السطحية بحسب الموقف وحاجة المريض وقت تقديم التفسير .

الطرح (التنفيس) transference :

وهو أحد أساليب التحليل النفسي العلاجية ويعتمد على تصفية الصراعات الطفلية الأساسية أثناء تحليل العصاب الرئيسي ، مما يؤدي بصورة آلية إلى تصفية أو التخلص من مشاعر الدونية العصابية ، وبالتالي التواؤم والتناغم النسبي مع الأنا العليا . ، ولقد أكد فرويد أيضا فكرة أن المريض لا بد أن يحصل على مدخل ليس فقط إلى المعلومات المكبوتة ولكن أيضا إلى المشاعر التي صاحبتها والعامل الرئيسي في تأكيد انغماس كاف من جانب المريض يقدم عن طريق الطرح الذي يتضمن طرح المريض ردود أفعال انفعالية قوية كانت موجهة سابقا إلى والديه (أو فرد آخر) .

أراء التحليلين في الاضطرابات السلوكية :

ويرى فرويد أن التوافق في كثير من الأحيان لا يحدث بسبب أن الشخصية واجهت حالات من التثبيت خلال مراحل النمو المختلفة بحيث لم تشبع دوافعها آنذاك الأمر الذي يتسبب

في جسم الإنسان أثناء قيامه بأي شكل من أشكال السلوك جسميًا أو عقليًا أو انفعاليًا أو حركيًا ، ومن ثم يبدو التساؤل : ما هي الأسس الجسمية والعصبية للسلوك الإنساني؟

وبسردها بالتفصيل (مصطفى القمش وخليل المعايطة :٢٠٠٩) فيما يلي :

الجهاز العصبي أداة السلوك وتوافقه :

يشكل الجهاز العصبي أداة استجابة الفرد للظروف البيئية المتغيرة المحيطة به ، بصورة دائمة لا تنقطع استجابة واعية تضمن توافقه النفسي والاجتماعي والجسمي مع البيئة التي يعيش في إطارها كما تضمن استمراره على قيد الحياة ، أما إذا أخفق الجهاز العصبي في القيام بتلك الاستجابة الملائمة إزاء بيئة الفرد الذي يسبب له الاضطراب في السلوك .

وعلى ذلك يحتل الجهاز العصبي للفرد مركز الصدارة في السلوك باعتباره المنظم الأعلى ، الأكثر مرونة ، والذي يوجه نشاط الجسم بارتباطاته المختلفة ، وكذلك ينظم علاقاته بالبيئة المحيطة به .

العوامل النمائية :

يمر الطفل بمراحل النمو المختلفة من حياته إلى أن يصل إلى ما ينظم شخصيته من مكونات مختلفة جسمية ، وعقلية ، ومزاجية ، واجتماعية ، وحركية ... الخ ، وتتضافر فيما بينها لكي تشكل شخصية الطفل في مراحله المبكرة وتحدد سلوكه بعد ذلك في مواقف حياته .

وهناك عدة مشاكل تغشى المراحل النمائية وبالأخص فترة الحمل – الأهم – تؤثر على الجنين بشكل واضح في هذه الفترة ومنها :

١-اضطراب الجينات يؤدي إلى أن المولود يولد ولديه عيوب خلقية .

٢-الكروموسومات الموزعة توزيعًا غير عاديًا بحيث يشتمل على ثلاث كروموسومات وانتقال الكروموسومات وعدم خضوعها لنظام واحد .

٣-الاضطرابات المتعلقة بالمحيط الاجتماعي للطفل أو البيئة كالإشعاع ، الأدوية المهدئة ، توارث مرض البول السكري ، الجروح ، نقص معدل التغذية ... الخ .

وفي فترة الطفولة المبكرة نجد أهم ما يميزها هو النمو العقلي لدى الأطفال ، وقد أشار بياجيه في هذا الصدد إلى أن النمو العقلي للطفل يتدرج خلال الأعوام القليلة الأولى للطفل ، وهذا النمو يتطور وفي نفس الوقت ينمو الطفل بعض المدركات البسيطة للأشياء والمكان ، والزمن ،

الاجتماعية في البيئة التي يعيش فيها ، فالسلوك المضطرب يمثل أنماطاً من السلوكيات الشخصية التي تكتسب من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية في الأسرة .

ويمكن تجنب الاضطرابات السلوكية إذا رُبيّ الطفل في أسرة يتوفر فيها جو من الأمن والحب والدفء والتسامح كون أن البيئة الاجتماعية والأسرية تلعب دوراً هاماً في التوافق أو عدمه .

وانطلاقا من ذلك فسوء التوافق يرجع في أسبابه إلى أساليب التنشئة الاجتماعية وما يترتب عليها من علاقة الشخص بالآخرين وبذاته ، فالشخص المنعزل عن الآخرين والمنفصل عن ذاته لا يتمتع بالصحة النفسية ، في حين أن الشخص الذي يعرف نفسه ويحس بمشاعره وإرادته ويشعر بمسؤوليته اجتماعية هو صاحب شخصية سوية متوافقة .

ويرى سوليفان أن العلاقات المتبادلة بين الأفراد هي أساس وجود الشخصية السوية المتوافقة حيث يفترض أن الشخصية هي كيان فرضي خالص ، لا يمكن ملاحظته أو دراسته بمعزل عن المواقف الشخصية المتبادلة ؛ فالشخصية لا تفصح عن نفسها إلا من خلال سلوك الشخص في علاقته مع فرد آخر .

لقد أعطى سوليفان أهمية كبيرة لدور العلاقات الإنسانية المتبادلة الذي يحدد ألوان النشاط التي بدورها تؤدي إلى إشباع الحاجة والذي يعد الأساس في تحقيق التوافق في الشخصية .

أما (أريك أريكسون) فيري أن الشخصية تنمو مع تقدم الإنسان في المراحل النمائية والتي أطلق عليها المراحل النفسية الاجتماعية ، حيث يعتمد نمو الشخصية وتطورها على حل الصراعات وتجاوز في الأزمات في هذه المراحل ، إذ أنه يوجد في كل مرحلة أزمة يفترض بالفرد التعامل معها وتجاوزها بسلام . فالشخصية غير المتوافقة هي تلك التي تواجه صعوبة في تجاوز الأزمات خلال مراحل النمو .

وأخيراً قد وجهت لهذه النظرية الكثير من النقد ، حيث أنها غير عملية وتحتاج الى وقت وجهد ومال وأنها اهتمت بالمرضى النفسيين اكتر من اهتمامها بالمضطربين سلوكياً ، وأنها اتهمت براءة الأطفال وأنها اعتمدت على البعد الجنسي في تحديد مراحل النمو النفسي للطفل .

ثالثاً : النظرية البيوفسيولوجية :

يركز علماء النفس أصحاب هذا الاتجاه في دراستهم على السلوك الإنساني باعتباره سلوكاً يصدر عن الإنسان كوحدة بيولوجية متكاملة تستجيب لبيئتها الخارجية بوسائل متنوعة إلا أنه بالرغم من تلك النظرة الكلية للسلوك تبرز الحاجة دائمًا إلى معرفة كيف تعمل الأجزاء الخاصة

وتشير الملاحظات وتقارير المتابعة إلى أن الذين تعرضوا للحرمان الحسي بسبب الكوارث أو الحوادث الطارئة كثيرًا ما كانوا يروون قصصًا وأحاديث غريبة عن الأشياء غير الطبيعية التي كانوا يصادفونها والتي صاحبتهم ، الأمر الذي يجعلهم يعانون من اضطرابات ذهنية وهلاوس بصرية .

العوامل النيورولوجية والبيوكيمائية :

من أهم وظائف النيرون استقبال المعلومات وتوصيلها ، وتحتوي كل خلية على قدر من الطاقة الكهربائية المختزنة بها ، والتي يمكن إطلاقها على شكل دفعات أو نبضات .

ويعمل النيرون باستمرار من أجل المحافظة على التوازن الكيميائي بداخله وخارجه وأي خلل يحدث في هذا التوازن بسبب تصرفات وحركات لا إرادية يولد اضطرابًا سلوكيًا .

فمن الحقائق العملية المعروفة والتي لا تحتاج إلى شواهد لتأكيدها أن نوبات الصرع تحدث بسبب الاضطرابات التي تصيب المخ ، وقد تركزت جهود العلماء على محاولة التعرف على المسارات التي تتحول عن طريقها اضطرابات المخ فتصيب الجسم ، واستطاع العلماء من خلال التجارب استثارة المخ لدى الحيوانات بأساليب نتج عنها حدوث النوبة الصرعية بشكل مشابه لما يحدث في حالة الإنسان .

وبعد أن تأكد للعلماء أن سبب حدوث الصراع هو إطلاق النيرونات (الخلايا) بالمخ لإطلاقات كهربائية غير طبيعية ، اتجهوا لمعرفة سبب حدوث تلك الاطلاقات ، وهو أمر قد يكون وراثيًا أو بيئيًا أو يشمل الاثنين معًا ، ويرى العلماء بأن سبب هذا الاضطراب الكهربائي قد يكون مرجعه إلى اضطراب المكونات الكيمائية أو إلى ردود الأفعال بالخلايا العصبية مما يجعلها تنتشر وتنتقل تلقائيًا إلى الخلايا الأخرى ، فإذا ما كان هناك سبب وراثي لاستمرار الاضطراب ثم أضيف إلى ذلك عوامل بيئية غير منتظمة الحدوث ، فقد يؤدي كل ذلك مجتمعًا إلى حدوث تغيرات كيميائية تستثير الخلايا العصبية وتدفعها لإطلاق شحناتها الكهربائية بشكل غير عادي تظهر على شكل أعراض الصرع .

التدخل البيوفسيولوجي :

أشارت العديد من الدراسات إلى توفر مجموعة من الوسائل الحديثة والمتطورة التي تهدف إلى السيطرة على مخ الإنسان ، وبالتالي على سلوكه كما أشارت بعض هذه الدراسات إلى

والمسببات ، وفي السنة الثانية من عمر الطفل يجمع بين المدركات الذهنية والمحددات من حوله .

ولا شك بأن أي خلل في نمو الفرد في أي من مراحل نموه ينعكس سلبًا على سلوكه ، وتوافقه مع الأحداث التي تمر به .

العوامل المثورة :

إن بعض الظروف الضاغطة أو المثيرة للقلق تؤدي إلى حدوث أضرار فسيولوجية ، غير أنه أحيانًا يتعرض شخصان مختلفان لظروف واحدة فيصاب أحدهما بالاضطراب بينما لا يصاب الآخر .

فلكل إنسان أسلوب مميز في استجابته للضغوط ، ففي الوقت الذي قد تسرع فيه ضربات قلب أحدهم ، نجد شخصًا آخر يستجيب بطريقة مختلفة وذلك عن طريق زيادة سرعة معدل التنفس دون حدوث زيادة في ضربات القلب ، ولذا نجد أن الشخص الذي يتأثر جسمه بتلك التغيرات بشكل كبير هو الوحيد من بين عدة أشخاص الذي يتعرض للإصابة بالاضطرابات النفسية والفسيولوجية .

العوامل الإدراكية :

تبدأ عملية الإدراك بالإدراك الحسي الذي يعتبر الدعامة الأولى للمعرفة الإنسانية ، والإدراك الحسي باختصار هو إعطاء معنى للمحسوسات أو المثيرات المختلفة ، والأجهزة المختلفة في هذه العملية هي الجهاز الحسي والجهاز العصبي وبناء على فكرة أن كفاية التكوين تؤدي إلى كفاية الوظيفة ما لم تتدخل مؤثرات طارئة ، فسلامة تكوين هذه الأجهزة ودرجة نموها تؤثر في عملية الإدراك .

كذلك من المتوقع أن تلعب الخبرة السابقة للفرد دورًا مهمًا في تحديد هذا المعني ، من حيث الوضوح والدقة ، أو من حيث التشويش والخلط ، فمثلاً خبرة اللقاء الأول مع شخص ما تؤثر في إدراك الفرد له في موقف تال .

فإدراك الفرد يجعله أكثر حساسية لعناصر معينة في مجال سلوكه فمثلاً نلحظ الحركة الزائدة والتصرفات غير الطبيعية نتيجة لعدم إدراك الطفل ، هذا ويشكل التفاعل بين دوافع الفرد وإدراكه وسلوكه أساسًا هاما لحياته النفسية .

كذلك تمكن بعض العلماء من إجراء جراحة المخ لتعديل السلوك ، وقد تضمنت الجراحة تثبيت أقطاب كهربائية لاستثارة المنطقة الخاصة بمراكز الثواب (شعور بالسرور والراحة) ومراكز العقاب (شعور بالنفور) بالمخ .

ورغم هذا التقدم العلمي في الجراحة إلا أنه ظهر هنالك مجموعة من المشاكل التي تحيط بالتعامل مع المخ جراحيًا ، وأهمها :

١- على الرغم من أن إجراء العملية الجراحية قد يجعل المريض هادئًا ، ويمكن التعامل معه بأمان ، إلا أنه تؤدي أحيانًا إلى حدوث اضطرابات فسيولوجية وعقلية ومضاعفات جانبية متعددة .

٢- من الملاحظ بصورة عامة أن التحسن يستمر طالما استمرت الاستثارة الكهربائية بشكل متواصل ، وقد يستمر لفترات قصيرة بعدها قبل أن يعود المريض مجددًا إلى حالته السابقة عند توقف الاستثارة ، ويعني ذلك أن عملية الاستثارة في حد ذاتها ليست علاجًا ، وإنما هي حالة طارئة مرتبطة بدخول التيار الكهربائي للمخ والتأثير فيه ، ويتوقف تأثيرها حالما ينقطع التيار الكهربائي لأي سبب من الأسباب .

٣- أن النظرة إلى التدخل الجراحي سواء لاستئصال أو إعطاب بعض مراكز المخ أو من أجل تثبيت أقطاب كهربائية هناك ، كانت تتقبل مثل هذا السلوك لعدم توفر بدائل أخرى متاحة أما بعد توفر الأدوية ذات التأثير القوى على المخ وبتكلفة أقل كثيرًا مما ينفق على الأسلوب الجراحي فلم يعد لهذا الأسلوب أفضليته السابقة .

بعض الانتقادات التي توجه للنظرية البيوفسيولوجية :

١- رغم نجاح استعمال العقاقير في علاج بعض الاضطرابات السلوكية مثل الاكتئاب والفصام والقلق النفسي إلا أن هذا النجاح لا يعني بالضرورة أن هذه الاضطرابات سببها الرئيسي عضوي .

٢- حيث أن العوامل الوراثية تدخل ضمن هذا النمط فإن أقارب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية قد يشعرون بالذنب لأنهم ربما ساهموا في توريث الاضطراب النفسي لأقربائهم ، وهذا ما قد يزيد قلقهم ويزيد احتمال إصابتهم هم أنفسهم باضطراب النفسي .

٣- استخدام العقاقير المختلفة لعلاج الاضطرابات النفسية غالبًا ما يستمر لفترات طويلة قد تمتد طيلة حياة الفرد وهذا ما قد يسبب مضاعفات جانبية مزعجة ، ومن الممكن أن تؤدي إلى الإدمان .

كانية السيطرة على سلوك الإنسان وتوجيهه بشكل تام مما يساعد في علاج بعض الاضطرابات سلوكية الخطيرة التي تهدد الفرد .

- **أولاً : الجانب الوقائي :** تجدر الأهمية إلى النظر إلى السلوك على ضوء الموروثات البيولوجية للفرد فمكوناتنا البيولوجية لها تأثير لا يمكن إنكاره على سلوكنا ، وبالتالي من الأهمية بمكان المحافظة على البناء السليم للجسم من خلال اتباع سبل الوقاية من الأمراض الجسمية ، الأمر الذي سينعكس إيجابيًا على الصحة النفسية .
- **ثانيًا : استخدام العقاقير :** من الاكتشافات الطبية الهامة إيجاد عقاقير نفسية ومواد مخدرة لها تأثيرًا قويًا على السلوك وقد أدت هذه المستحضرات الطبية الكيمائية إلى مساعدة الملايين من المرضي والمصابين باضطرابات عقلية ونفسية في التخلص من كثير من أعراض اضطراباتهم والعيش بشكل طبيعي بعيدًا عن الإقامة بالمستشفيات والمصحات النفسية . وتكمن قوة هذه العقاقير في قدرتها على التأثير على الرسائل التي تحملها الموصلات العصبية في مناطق معينة من المخ ، مما يجعل الفرد يقوم بسلوك معين مرغوب فيه ، أو يتوقف عن القيام بسلوك غير مرغوب فيه ، فإبطاء الرسائل العصبية يضع حدًا لفرط الحركة ، ويجعل المصاب بالفصام العقلي يفكر بطريقة بعيدة عن تسارع الأفكار وتطايرها .

العكس من ذلك تعمل العقاقير في حالة الاكتئاب إلى استثارة المريض عن طريق زيادة سرعة توصيل الرسائل مما يساعد على الخروج من العزلة ، وقلة النشاط التي فرضها على فسه ، وبالتالي يبدأ بالحركة والتفاعل مع الآخرين .

- **ثالثًا : جراحة المخ :** تمكن التعامل مع المشاكل الإنسانية ذات العلاقة بسلوك العنف والميل إلى العدوان عن طرق التدخل الجراحي ، وقد قام جراحو المخ بإجراء العديد من العمليات الجراحية على المرضي ، الذين كانوا يعانون من الصرع الذي مصدره الفص الجبهي ، ومما يجب ذكره في هذا المجال أن العمليات الأولى كانت تجري في منطقة الفص الجبهي للتخلص من نوبات الصرع المتكررة ، إلا أن بعض الجراحين تمكنوا من إجراء جراحات على مناطق أخرى بالمخ ، وذلك لعلاج بعض المشاكل السلوكية وفي مقدمتها الصرع الناشئ عن اضطرابات الفص الصدغي ، والنزوع للعدوان ، والاعتداء البدني على الآخرين ، وفرط الحركة .

بالإضافة إلى ذلك ، فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية تتغير ، وهكذا فإن النمو الإنساني عادة يفهم من خلال مراحل ، كما أن السلوك الذي يظهر بأنه شاذ يمكن أن يكون عادياً للطفل في مرحلة نمائية محددة . كذلك فإن سلوك الطفل في أي موقف ، هو دليل على نزعات وحاجات قوية داخلية .

إن أصحاب هذا الاتجاه يفترضون بأن الأطفال المضطربين يختلفون من حيث الدرجة وليس من حيث النوع عن الأطفال غير المضطربين . فالاضطراب ينظر إليه على أنه صفة عادية ولكنها مبالغ فيها .

السلوك المضطرب يظهر على أنه ينشأ من عدم التوازن بين نزعات واندفاعات الطفل وبين نظام الضبط لديه . وعندما يكون الضبط غير مناسب ، فإن سلوك الطفل يصبح عدوانياً ، مشتتاً وغير متنبأ به . وعندما يكون الضبط صارماً جداً فإن الطفل يحاول كف سلوكه باستمرار ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه . لذلك ، فإن تكتيكات التدخل تساعد الطفل أن يطور ضبط مناسب لنزعاته .

هذا وتتضمن عملية التشخيص اعتمادًا على هذا الاتجاه ، التعرف على تاريخ الفرد بالإضافة إلى تحليل للموقف الحاضر وجمع البيانات من مصادر مختلفة والاعتماد على الفريق متعدد الاختصاصات في عملية التشخيص كاختصاصي علم النفس والباحث الاجتماعي ، الطبيب ، والمعلم ، وغيرهم ، ويهدف التشخيص الدينامي في النهاية إلى تحديد أهداف التدخل .

كما يهدف التدخل الدينامي إلى تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين بالإضافة إلى تغيير في سلوك الطفل ، وتغيير في المواقف والأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل ، ومن خلال هذه الأهداف يمكن تحسين فكرة الفرد عن ذاته وأن يفهم نفسه ويفهم الآخرين ويكون سلوكه مستقلاً وأن يضبط هذه الانفعالات ، وأن يطور سلوكًا اجتماعيًا مقبولاً .

إن أهداف التدخل الدينامي داخلية عن طريق تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين ، وسلوكي عن طريق تغيير في سلوك الطفل ، وبيني عن طريق تغيير في المواقف أو الأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل .

فمن الأهداف الداخلية :

- تحسين فكرة الفرد عن ذاته .
- مساعدة الطفل أن يكون مستقلا وموجهاً من قبل ذاته .
- مساعدة الطفل أن يفهم نفسه وأن يفهم الآخرين .

- إهمال الجانب النفسي والاجتماعي كليًا والتركيز على أعضاء الجسم كمسبب رئيس للسلوك غير السوي ومحاولة إقحام الطبي كسبيل لتعديل السلوك قد يؤخر الشفاء ويطيل فترة العلاج .
- من السهل كثيرًا إيجاد أسباب الأمراض العضوية حيث إنها ملموسة ولكن هذا غير متاح بالنسبة للاضطرابات النفسية .
- يركز هذا الاتجاه على الأعراض بشكل رئيسي وليس على تجارب الفرد وما يدور في داخله وغالبًا ما يصرف النظر عن العوامل النفسية كالصعوبات الشخصية والأحداث الحياتية في التفسير .

رابعاً : الاتجاه الدينامي (Psychodynamic Approach) :

يستند الاتجاه الدينامي في تفسيره للاضطرابات السلوكية على فهم سلوك الإنسان من لال تحليل العمليات الداخلية المتواجدة فيه ، وتعتبر النظرية التحليلية لفرويد من أهم نظريات لاتجاه الدينامي ، وهي تنادي أن النشاطات العقلية والجسمية للإنسان ما هي إلا نتيجة للاندفاعات لاشعورية ، هذا وتركز نظرية فرويد على غريزتي الجنس والعدوان في الطبيعة الإنسانية تعتبر أن سلوك الإنسان يتأثر في حياته السابقة .

إن أحدث اتجاه للنظريات الدينامية هو الاتجاه الإنساني الذي يقرر بأن سلوك الإنسان وجه بدوافع إيجابية ، كارل روجرز وإبراهام ماسلو يمثلون وجهة النظر هذه ، إن الاهتمام رئيسي في هذا الاتجاه هو زيادة الدوافع الإيجابية كالحب والاهتمام والتعاطف والأمل ... الخ مساعدة الفرد في تنمية أمكاناته إلى أقصى ما يمكن .

لعل أهم مساهمة للنظريات الدينامية الحديثة هو التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية محددة وزيادة الاعتقاد بقدرة الإنسان لتعلم السيطرة على دوافعه ، والقيام بسلوك اجتماعي ، عن طريق تعديل الدوافع الداخلية يمكن تسهيل عملية البناء والتفاعل الاجتماعي الإيجابي التكيف للبيئة .

تعتبر النظرية الدينامية أن القوى الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك . وبشكل عام ، فإن دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام الأكثر بين الباحثين (نظرية فرويد) ، لكن حديثاً فإن الحب ، وتحقيق الذات ، والمشاركة ، ودوافع أخرى اعتبرت قوى تحرك السلوك نظريات روجرز وماسلو) . إن معظم أصحاب هذا الاتجاه ينادون بأننا غير واعين على القوى الأمور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا .

أما الأهداف السلوكية فهي :

- مساعدة الطفل أن يعبر عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعياً .
- مساعدة الطفل في ضبط اندفاعاته السلبية .
- تشجيع الطفل على أن يعبر عن نزعاته الإيجابية وأن يطور سلوكاً اجتماعياً مقبولاً .

أما الأهداف البيئية فهي :

- تزويد الطفل بمصادر انفعالية ضرورية لنموه .
- تزويد الطفل ببيئة مناسبة للتعلم لحل مشكلاته ولتطوير سلوكات إيجابية . واعتماداً على وجهة النظر الدينامية ، فإن الأهداف الداخلية والسلوكية والبيئية هي أهداف متداخلة .

وأخيرا ما أروع أن تستند جميـــع أساليب العلاج السلوكي إلى مبدأ ترسيخ تعاليم الشريعة الإسلامية ، فيكون الصبر على البلاء دافعاً للتغلب على كل ما يمكن أن يعتري النفس من ألـــم ، وشـــعور بالنقص أو الحرمان والهم سواء بسبب الإعاقة أو كرد فعل لخبرة صادمة قد تمر بهم ، وتوثيق نظام الحقوق والواجبات المستند لقوله (صلى الله عليه وسلم) : " من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فليحب لأخيه ما يحب لنفسه " .

وأنعم الله علينا بالإسلام ديننا لتقويم سلوك الأطفال وتربيتهم بما يحصن نفوسهم من كل مـــا يمكـــن أن يشوبها نتيجة ضغوط الحياة وابتلاءات الخالق للمخلوق ، فتراه يرضى بالقضاء والقدر ويـــشكر الله جل شأنه على كل حال وتكون مشاعره الناجمة عن الإعاقة موسومة بالرضى والـــصبر والرغبة في الأجر والثواب من الله تعالى ، فيضحي متوافقاً مع نفسه ومتناغماً مـــع مجتمعـــه ، مراقباً لسلوكه .

الفصل الثالث

خصائص (صفات) الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا

- أولاً : الخصائص العقلية والأكاديمية .
- ثانياً : الخصائص الانفعالية والاجتماعية .
- ثالثاً : الخصائص الحركية .
- رابعاً : خصائص وصفات عامة للمضطربين سلوكياً .
- خامساً : خصائص (صفات) خاصة بالأطفال من ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدًا (الاعتمادية) .

٥- المعاناة من ضعف مستوى التحصيل والقدرة على الإنصات الجيد ، ومحدودية المهـــارات اللفظية والكتابية .

٦- قد يتمتعون بمواهب وقدرات يغفل عنها المدرسين .

٧- ترى الأطفال المضطربين يرغبون في التمتع بمزيد من الاهتمام من قبل المدرسين داخـــل حجرة الدراسة أو خارجها .

٨- يلجؤون للتسرب المدرسي أو عدم المشاركة في النشاطات المدرسية .

٩- يحتاجون لمواءمة الأنشطة الصفية واللاصفية مع طبيعتهم وواقعهم .

ولقد قام بعض المختصين بإعداد قوائم تشتمل على أكثر الخصائص المرتبطة بالمضطربين سلوكيا شيوعا فمعظم هذه الأطفال يحملون واحدة أو أكثر من هذه الصفات :

أولاً : الخصائص العقلية والأكاديمية :

تتمثل الخصائص العقلية والأكاديمية للأفراد المضطربين انفعاليًا في عدد من المظاهر وخاصة لذوي الاضطرابات الانفعالية المتوسطة والبسيطة .

ويمكن توضيحها فى النقاط التالية :

أ- الذكاء :

أظهرت الأبحاث بوضوح أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا بدرجة بسيطة ومتوسطة هي بحدود ٩٠ درجة ، أي بالحدود المتوسطة والطبيعية ، وعدد قليل من الأطفال المضطربين سلوكيًا والمعوقين انفعاليًا أعلى من المتوسط بالمقارنة مع التوزيع الطبيعي للذكاء ، وكثير منهم يقعون في فئة بطء التعلم والتخلف العقلي البسيط هذا ومن الصعب إخضاع الأطفال المضطربين سلوكيًا والمعوقين انفعاليًا بدرجة شديدة لاختبار ذكاء ، وأما الذين نستطيع اختبارهم فيحصلون على درجات أقل من المتوسط ، ويشير ذلك إلى وجود إعاقة عقلية بسيطة أو متوسطة ودرجة ذكائهم ٥٠ درجة تقريبًا ، وبالمقابل هناك أيضًا أطفال مضطربون سلوكيًا ومعوقون انفعاليًا لامعون وأذكياء ، ويحصلون على درجات عالية في اختبارات الذكاء ، إن اختبارات الذكاء ليست أدوات مناسبة وفعالة لقياس ما نعنيه بالذكاء ، ومن الملاحظ أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تحول دون تحقيق درجات عالية على اختبارات الذكاء ، لذلك لديهم ذكاء أكثر من الدرجة التي تظهر على الاختبار ، إن حصولهم على درجات أقل في اختبارات الذكاء يكون ذلك بسبب قدراتهم الأقل لإنجاز مهمات يستطيع أطفال آخرون إنجازها بنجاح ، كما أن الدرجات المنخفضة دلالة على عجز في جوانب أخرى من الوظائف مثل

الفصل الثالث
خصائص الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا

المقدمة :

إنه من الصعب تحديد نموذج من الخصائص السلوكية نصف به جميع الأطفال المضطربين سلوكياً ، حيث إنهم مجموعة غير متجانسة من حيث الصفات والخصائص فالطفل المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع إنشاء علاقات اجتماعية وفعالة مع غيره ، ويتصف سلوكه بأنه غير مرغوب فيه ، ولا يستطيع هذا الطفل أن يستفيد من طاقاته وقدراته أو أن يستخدمها على نحو ما لأنه يرى دائمًا نفسه بأنه فاشل ولذلك فهو يحتاج إلى المساعدة منا بقدر كبير حتى يتمكن هذا الطفل أو الشخص من التصرف بسلوك سوي مقبول اجتماعيًا .

حيث أن هناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة إلا أن الاختلاف يكون فى التكرار والشدة والطوبغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك .

واضطرابات السلوك Behavior Disorders أو الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances كلها مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون وبشكل متكرر أنماطًا مختلفة من السلوك ، ولكن ما هي الخصائص العامة التي تحدد سوية السلوك أو عدمه؟

ونظراً لخصوصيــة الأطفال ذوي الاضطرابــات السلوكية وطبيعــة ما يمكــن أن تتركه تلــك الاضطرابات على مظاهر حياتهم المختلفة ، فترى الباحثة في هذا الجانب ضــرورة التركيز على خصائصهم العامة والتي تميز جميع الأطفال المضطربين مع تباينها من طفل لآخر:

١- قد لا يلاحظ وجودها إلا في سن المدرسة .

٢- الطلاب المضطربين يتمتعون بمظهر وهيئة عامة كأقرانهم غير المضطربين .

٣- غالباً ما يعانون من انخفاض في مستوى فهمهم لذواتهم وتقديرهم لها .

٤- نقص الاهتمام بالعمل المدرسي ، ويفضلون الدروس العملية على النظرية ويعتمدون علــى حواسهم في اكتساب المعرفة ، ويميلون للتفاعل بشكل أفضل مع طــرق التــدريس المــستندة للنشاط أكثر من التلقين .

وبالنسبة للخصائص التعليمية فهي :

١- ضعف التحصيل الأكاديمي ، لذا على المعلم أن يساعد الطفل في تحسين مهاراته الأكاديمية بالإضافة إلى مساعدته في تعديل سلوكاته .

٢- خلل في مهارات الاتصال الاجتماعي مما يعيق الطفل من التعاون والاتصال مع المعلم ، والتفاعل داخل غرفة الصف ، والتفاهم مع بقية الطلاب ، وقد يكون هذا السبب الذي يؤدي إلى إبعاده عن التعليم الأكاديمي أكثر من ضعف التحصيل الأكاديمي .

والسؤال هنا هل تؤثر الاضطرابات السلوكية على قدرات الفرد العقلية أو الأكاديمية؟ وهل يزداد أو ينقص أداء الأفراد المضطربين سلوكيًا على اختبارات الذكاء أو الاختبارات التحصيلية المدرسية؟

إن الإجابة على تلك الأسئلة مرهونة بالتعرف على خصائص الأفراد المضطربين سلوكيًا العقلية وأثرها على أدائهم التحصيلي ، وهنا لابد من ذكر الملاحظات التالية :

١- يصعب قياس وتشخيص القدرة العقلية للأفراد المضطربين انفعاليًا ، وذلك بسبب صعوبة ضبط هؤلاء الأفراد في موقف اختياري يتطلب شروطًا معينة حتى يتم التعرف على قدرات هؤلاء الأفراد العقلية ، خاصة ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة .

٢- تشير الدراسات التي أجريت حول موضوع قياس ، وتشخيص القدرة العقلية للأفراد المضطربين انفعاليًا والذين أمكن قياسهم وتشخيصهم ، إلى أن قدرات هؤلاء الأفراد المضطربين انفعاليًا ، تقع في حدود متوسطي الأداء العقلي على مقاييس الذكاء ، أي متوسط أداء الأطفال المضطربين انفعاليًا هو بحدود ٩٠ -١٠٠ كما هو الحال لدى الأطفال العاديين ، وتشير الدراسات إلى أن هناك نسبة من الأفراد المضطربين انفعاليًا والذين قد تزيد نسبة ذكائهم عن متوسط الأطفال العاديين .

٣- تشير الأبحاث التي أجريت حول موضوع تحصيل الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية وخاصة الدراسات التي يذكرها هلهان (١٩٧٧) وهيوارد (١٩٨٠) إلى تدني أداء الأفراد المضطربين انفعاليًا من الناحية التحصيلية ، ففي الدراسة التي أجرها جلافن وزميله (Glavin & Annesley, 1971) على ١٣٠ طفلاً من الأطفال المضطربين انفعاليًا ، أشارت إلى أن ١٨% من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة ، وأن ٧٢% منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات ، وتشير الأبحاث أيضًا أن معظم الأشخاص المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا يكون تحصيلهم في المدرسة منخفضًا مقاسًا

ـيل الأكاديمي والمهارات الاجتماعية ، وتعتبر درجة الذكاء IQ بشكل نسبي مؤشرًا جيدًا مدى تقدم الطفل الأكاديمي والاجتماعي حتى في حالات الاضطرابات الشديدة والاعتمادية .

ب- التحصيل الأكاديمي :

أما من حيث التحصيل فإن تحصيل معظم هؤلاء يكون تحت المتوسط في المدرسة ، ـًا يكون في مستوى أقل مما هو متوقع من طفل في مثل عمره العقلي ، ومن الممكن أن نجد مضطربًا سلوكيًا وانفعاليًا لكنه متقدم أكاديميًا ، كما أن معظم المضطربين سلوكيًا والمعوقين ـيًا بدرجة شديدة واعتمادية ، يخفقون حتى في أبسط مهارات القراءة والحساب ، وحتى الذين ـ كفايات جيدة في القراءة والحساب لا يكونون قادرين عادة على تطبيق هذه المهارات في كل ، وكثير من الأطفال المضطربين انفعاليًا بدرجة شديدة اعتمادية ليس لديهم حتى المهارات ـسية في العناية الذاتية أو مهارات الحياة اليومية .

وقد أكد بور (Bower, 1978) أن ٥٠% من الطلاب في صفوف التربية الخاصة الذين ـسوا بأن لديهم إعاقات مختلفة يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

أما العلامات والأغراض المتوقعة للاضطرابات السلوكية والانفعالية فهي :

١- عدد قليل من الأصدقاء أو بدونهم .
٢- اضطراب العلاقات العائلية .
٣- اضطراب العلاقات مع المعلمين .
٤- النشاط الزائد والحركة الزائدة .
٥- العدوان نحو الذات والآخرين .
٦- التهور .
٧- عدم النضج الاجتماعي .
٨- الاكتئاب وعدم الشعور بالسعادة .
٩- التقوقع حول الذات .
١٠- الاضطراب والقلق .
١١- أفكار انتحارية .
١٢- عدم الانتباه والقدرة على التركيز كبقية الأفراد في مثل سنة

والاهتمام ، يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن لهم نشاط زائد أو إصابة في الدماغ ، ويعضهم يطلق عليهم سيكوباثيين (Sociopathic) لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمدًا دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ ، وسلوكهم هذا مزعج جدًا ، ولا نستطيع مقاومته بطرقة مقاومة السلوك المزعج العادية ، وهم غالبًا ما يؤنبون ويعاقبون ، ولكن لا يكون لذلك أية نتيجة ، وبسبب طريقة إعاقتهم فإنهم يتميزون بأنماط سلوكهم المنحرفة مدة من الزمن مما يثير سخط الكبار وغضبهم ، وأنماط سلوكهم هذه تكون مستمرة وليست في مدة زمنية معينة .

ومثل هؤلاء الأشخاص غالبًا ما يصرخ عليهم ويعاقبون ، لذلك نرى أنه يجب التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل .

هذا ويشجع العدوان بطرق عدة مثل المكافآت الخارجية (المكانة الاجتماعية ، القوة ، الحصول على أشياء محببة) مكافآت بديلة (أن يرى الآخرين يحصلون على نتائج مرضية لعدوانهم) والتعزيز الذاتي (رضا الذات) .

أما بالنسبة للعقاب ، فمن الممكن أن يزيد استعماله من العدوان في حالات عدة ، وهي إذا كان العقاب لا يتناسب والسلوك الذي قام به الفرد ، أو إذا كان العقاب متأخرًا بعد حدوث السلوك بوقت طويل .

ومن أكثر التكتيكات نجاحًا تتضمن التزويد بنماذج لاستجابات غير عدواني في ظروف العدوان المزعج أو مساعدة الطفل في لعب دور السلوك غير العدواني ، أو تعزيز العقاب عند وقوع السلوك العدواني ، بحيث يكون العقاب على شكل الإقصاء (Time out) أي عزل اجتماعي لمدة قصيرة بدلاً من الصراخ أو الضرب ، إن الفشل الاجتماعي والعدواني والسلوك الموجه نحو المجتمع في الطفولة بشكل عام يعني مستقبلاً مظلمًا مقارنة بمصطلحات العدالة الاجتماعية والصحة العقلية .

وتشير الدراسات إلى أن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث .

كما أن السلوك العدواني يتلازم مع الفشل المدرسي ، فهناك أهمية واضحة لتلبية حاجات الأطفال متدني التحصيل .

ب- الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal :

يعتبر السلوك الانسحابي مظهر آخر من المظاهر المميزة لذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ومثل هذه الاضطرابات تحمل مستقبلاً سيئًا بالنسبة للصحة العقلية عندما يكبر الطفل .

باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية فهم في العادة يحصلون على درجات أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي ، وقليل جدًا من يحصلون على درجات عالية في التحصيل ، إن الكثيرين من الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب ، والقليل منهم من الذين يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية .

٤- يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأطفال المضطربين سلوكيًا بعوامل متعددة ، منها تدني القدرة العقلية لبعضهم ، إذ ليس من المستغرب أن نلاحظ تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكيًا ، وذلك بسبب تدني قدراتهم العقلية المقاسة باختبارات الذكاء كما يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكيًا بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب الانفعالي على انتباه وتركيز الأطفال المضطربين سلوكيًا في المواد الدراسية ، فالطفل المضطرب انفعاليًا يشغل معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدواني أو الانسحابي ، ويصعب عليه في مثل هذه الحال أن يركز انتباهه على المواد الدراسية ومتطلباتها ، وعلى ذلك فليس من المستغرب تدني التحصيل الأكاديمي لهؤلاء الطلبة بسبب مظاهر الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها ، وأخيرًا فيمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكيًا بعامل آخر ، وهو ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات الانفعالية بحالات أخرى من الإعاقة ، كصعوبات التعلم والتي يعتبر فيها النشاط الزائد للفرد (Hyperactivity) سببًا في تشتت انتباه الفرد وتركيزه .

ثانياً : الخصائص الانفعالية والاجتماعية :

من أكثر الصفات شيوعًا من الناحية الاجتماعية والانفعالية : العدوانية والانسحاب .

أ- السلوك العدواني :

يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهورًا لديهم مثل الضرب والقتال والصراخ ، ورفض الأوامر ، والتخريب المتعمد ، هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين فهم يبكون ويصرخون ويضربون ويقاتلون ويفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكيًا والمعوقون انفعاليًا . ولكنها لا تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا ، هذه الفئة من الأطفال تربك الكبار ، وهم لا شعبية لهم بين أقرانهم ، ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة وإيجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية

ج- السلوك الفج (Immature Behavior) :

يقصد بالسلوك الفج ، ذلك السلوك غير الناضج انفعاليًا ، والذي يصدر عن الأفراد المضطربين انفعاليًا ، مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في المواقف الانفعالية نفسها ، ومن الأمثلة التي توضح ذلك ، ما يصدر عن الأفراد المضطربين انفعاليًا من مواقف انفعالية لا تتناسب وطبيعة الموقف الانفعالي ، من مثل المبالغة بالضحك واللامبالاة في المواقف المحزنة أو العكس ، ويعتبر النكوص (Regression) مثالاً جيدًا على أنماط السلوك غير الناضجة والتي تبدو من الأفراد المضطربين انفعاليًا ، ويقصد بذلك أن يسلك الفرد المضطرب انفعاليًا بطريقة طفولية أو بأساليب طفولية كانت ناجحة فيما مضى ، إزاء المواقف الانفعالية ، مثل البكاء والاعتماد على الآخرين ، والتخلي عن المسؤولية ... الخ .

ثالثًا : الخصائص الحركية :

تعتبر الانحرافات في الاستجابات الحركية من بين أهم الأعراض التي يمكن ملاحظتها ، وتعتبر التعابير غالبًا بأنها ذات طبيعة نشطة وتتضمن أشكالاً من السلوك العرضي مثل الركض ، ذرع المكان ذهابًا وإيابًا ، عدم الراحة ، مرجحة اليدين ، هيجان المزاج ، وتمزيق أو رمي الأشياء ، يبدو أن بعض النشاطات السلبية تكون فعالة في تخليص بعض الأفراد من القلق كتجميد الحركة وفقدان تناغم العضلة وضبطها في حالة الإغماء أو التشنج ، وهي أيضًا من الأمور التي تواجههم ، هذا وقد تأخذ الاستجابات الحركية نوعية متواصلة مثل تكرار غسل اليدين والمشي من أجل تجنب الشقوق على رصيف المشاة ، إن هذه الأعمال المتكررة تسمى قسرية ، قد يكون للنشاط الحركي نوعية شعائرية أو رسمية ، الانشغال في الكتب على أنها مرتبة/ منطوية ، وأن الملابس معلقة بترتيب ثابت ، والأحذية منتظمة .

وقد تم تحديد خصائص المضطربين سلوكيا بطريقة آخرى كما يلي :

يمكن تحديد ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية عند الطلاب :

١- اضطرابات في السلوك الخارجي .

٢- اضطرابات في السلوك الداخلي .

٣- اضطرابات سلوكية قلية الحدوث .

وسيتم تناول الاضطرابات الأكثر حدوثًا في كل نوع من هذه الأنواع .

ولا يستطيع المضطربون سلوكيًا وانفعاليًا بدرجة بسيطة أو متوسطة والذين يتعرضون لنوبات سلوكية مثل الانسحاب في إقامة علاقات إنسانية طبيعية ومستمرة ، ومثل هؤلاء يصعب عليهم مواجهة ضغوط الحياة اليومية ومتطلباتها .

وهناك عدة تفسيرات للسلوك الانسحابي ، فالمؤيدون للاتجاه التحليلي يرون أن وراء هذا السلوك الانسحابي صراعات داخلية ودوافع خفية غير مدركة ، أما علماء النفس السلوكيون فيرجعون هذا الفشل في التعليم الاجتماعي ، ووجهة نظر التعلم الاجتماعي قد دعمت من قبل كثير من الأبحاث التطبيقية وهم يرجعون الانسحاب إلى البيئة غير الملائمة ، وتتضمن العوامل السلبية للتنشئة الاجتماعية المقيدة جدًا ، والعقاب لاستجابات اجتماعية ملائمة ، وتعزيزًا للسلوك الانسحابي ، وفقدان فرصة تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية ، ونماذج لسلوكات غير مناسبة .

هذا ويعتبر السلوك الانسحابي هو سلوك موجه نحو الداخل (Internalizing) أو نحو الذات وهو يتضمن الابتعاد من الناحيتين الجسمية والنفسية الانفعالية عن الأشخاص الآخرين وعن المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الطفل التفاعلي الاجتماعي .

هذا وتظهر أشد حالات السلوك الانسحابي لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من ذهان الطفولة ، وهذا النوع من السلوك يكثر بين الإناث مقارنة بالذكور .

إن تأثير السلوك الانسحابي يكون على الفرد نفسه وليس على الآخرين إذا أنه لا يؤثر على الضبط الصفي ولا يسبب مشكلات للمعلم ، أن الأفراد الانسحابيين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكاتهم ومترددون في تفاعلهم مع الآخرين ونادرًا ما يلعبون مع الأطفال في مثل سنهم ، بالإضافة على أنه تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية ، وقد تنمو لديهم مخاوف لا أسباب لها ، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة .

وتعد المظاهر السلوكية الآتية من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الانسحابي لدى الطفل المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا :

- العزلة والتقوقع حول الذات .
- الاستغراق في أحلام اليقظة .
- الخمول والكسل .
- عدم المبادرة الاجتماعية .
- عدم تكوين صداقات .

حد سواء ، أو عند لقاء أصدقاء جدد ، أو وداع أصدقاء قدماء ، أو عند البدء بنشاطات جديدة ، أو عند انتهاء نشاطات مألوفة .

,ج- السلوك الانسحابي :

ويصنف ضمن ما يعرف بالسلوك الموجه نحو الداخل أو الذات Internalizing ويتضمن البعد من الناحية الجسمية والانفعالية عند الأشخاص والمواقف الاجتماعية .

يظهر الكثير من الأشخاص المضطربين انسحاباً من المواقف الاجتماعية ، وبالعزلة والاستغراق في أحلام اليقظة والكسل والخمول . إن مثل هؤلاء الأشخاص لا يستجيبون لمبادرات الآخرين ولا ينظرون إلى الأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يكونون صداقات بسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية المناسبة لفعل ذلك . وهم لا يمثلون أي تهديد لغيرهم من الأشخاص .

إن السلوك الانسحابي هو سلوك مناقض للسلوك العدواني ، وأشد أنواع هذا النوع من السلوك هو ما يظهره الأشخاص شديدو الاضطراب والذي يدعى بذهان الطفولة . وهذا النوع من السلوك يكثر بين الإناث مقارنة بالذكور .

٣- الاضطرابات السلوكية قليلة الحدوث :

وهى اضطرابات سلوكية قليلة الحدوث ولكنها خطيرة (الفصام - التوحد) :

أ- **الفصام** : هو نوع من الاضطرابات الذهانية ، وهو قليل الحدوث ونادر بالنسبة للأطفال وغالبا ما تحدث في سن الشباب ، ويتمثل بحدوث أوهام وهلاوس سمعية وأفكار غريبة غير مترابطة وغير مفهومة تسيطر على الطفل ، ويعاني الطفل من مشاكل في الواجبات المدرسية وقد يحتاج المريض إلى الإيداع في المستشفيات .

ب- التوحد :

يعد "التوحد" Autism من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه ، ولوالديه ، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه ، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له ، وبتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى ؛ فضلا عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين .

حيث أن الطفل التوحدي هو ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر ، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله ، واستغراق في التفكير ، مع ضعف في الانتباه ، وضعف في التواصل ، كما يتميز بنشاط حركي زائد ، ونمو

١- اضطرابات السلوك الخارجي ، ومن الأمثلة على ذلك :

أ- **النشاط الزائد :** الشكوى الأكثر شيوعًا عند الأطفال المحولين للتقييم كحالة اضطرابات سلوكية وانفعالية ، ومن الصعب تعريف النشاط الزائد؛ لأن التعريف يجب أن يحتوي طبيعة النشاط ونوع النشاط وعملية تقييم لمستوى النشاط بأنه كثير أو زائد .

ويوجد عدة تعريفات منها : حسب تعريف روس وروس (١٩٨٢) نشطا بمستوى عال في الوقت غير الملائم ، ولا يمكن إيقافه بمجرد الطلب من الطفل .

ب- **العدوان :** إلحاق الأذى إما بالأشياء أو نحو الذات أو نحو الآخرين ، واستخدام العقاب وسيلة لضبط السلوك العدواني يؤدي إلى زيادة سلوك العدوان عند الطفل .

ويرى الأخصائيون أهمية نجاح تعليم الأطفال بالطرق الصحيحة للتعامل مع الإحباط مثل التعرف على مشاعر الإحباط وقبولها ، وتحمل الخبرات المحبطة وبناء طاقة التحمل .

ج- جنوح الحدث :

وهو من الوجه القانونية ويقصد به الأفعال الغير شرعية أو غير القانونية التي يرتكبها الحدث من جرائم مثل السرقة ، كما أن بعض الأطفال الجانحين يعانون من اضطرابات في السلوك وإعاقة انفعالية ، والبعض الآخر لا يعانون من هذه الاضطرابات ، كما أن بعض المضطربين سلوكيا جانحون وبعضهم غير جانحين .

٢- الاضطرابات السلوكية الداخلية (الاكتئاب – العصبية – السلوك الانسحابي) :

أ- **الاكتئاب :** يبدي بعض الأطفال سلوكا اكتئابيا ولكن يختلف هذا السلوك عن الاكتئاب عند الكبار لذا فمن الصعب تمييز حالات الاكتئاب لدى الأطفال من قبل الأهل ومعلمي الطفل ، فقد يحاول الطفل المصاب بالاكتئاب أن يؤذي نفسه ببعض السلوكيات مثل الركض في شارع مزدحم أو دفع نفسه من حافة سور ، وقد يعتبرها البعض سلوكيات طبيعية يقدم عليها بعض الأطفال ، كما أن الطفل لديه صعوبة في التعبير عن مشاعره بشكل أو بآخر لذا فعلينا ملاحظة الأطفال وتصرفاتهم في المواقف المختلفة لتحديد طبيعة المشكلة التي قد يعاني منها الطفل .

ب- **القلق :** يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب ، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد ، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجلون وانسحابيون ولا يشتركون بسلوكيات هادفة في بيئتهم ، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل على

٥- السلوك الفوضوي Disruptive behavior :

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة ، ويتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم ، والضحك ، والتصفيق ، والضرب بالقدم ، والغناء ، والصفير وسلوكات أخرى تعيق النشاطات القائمة ، وتتضمن هذه السلوكات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة .

٦- العدوان الجسدي Physical Aggression :

وهو عبارة عن القيام بسلوكات جسدية عدائية ذد الذات والآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف والعدوان الجسدي ضد النفس ، ويوصف بنشاطات تحطيم الذات مثل الضرب والعض والخدش ، والإلقاء بالنفس على أسطح قاسية مثل الجدران والأرض وهكذا . . والهدف من مثل هذا السلوك هو إلحاق الأذى الجسدي بالذات .

٧- العدوان اللفظي Verbal Aggression :

العدوان اللفظي هو سلوك عدائي ذد الذات أو الآخرين للإيذاء ، أو خلق المخاوف ، والعدوان اللفظي ضد الذات يوصف بعبارات تحكيم الذات مثل قول (أنا غبي) ، (أنا أحمق) ، (أنا سيئ) ، (خلقني الله عديم الفائدة) ، والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى النفسي بالذات .

٨- عدم الاستقرار Instability :

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع ، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور ، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي ، ومن الهدوء إلى الحركة ، ومن كونه متعاوناً إلى غير متعاون ، وهكذا ، هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به ، ويحدث دون وجود سبب ظاهر ، ويوصف هؤلاء دائمًا بأنهم سريعي التهيج وسلوكهم غير قابل لأن يتنبأ به .

٩- التنافس الشديد Over Compositeness :

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة ، أي أن يكون الفرد الأول أو لأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة ، وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين ، وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا ، وهذه المنافسة تكون موجودة في الأحداث الرياضية ، وفي المدرسة ، أما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيرا كبيرا على مفهوم

لغوي بطيء ، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية ، ويقاوم التغيير في بيئته ، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره ، والتعلق بهم .

خصائص عامة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا على مختلف فئاتهم :

١- الفهم والاستيعاب Comprehension :

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة ، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة ، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة ، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة .

٢- الذاكرة Memory :

الذاكرة هي القدرة على استرجاع المعرفة المتعلمة سابقًا ، بعض الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة ، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم .

٣- القلقAnxiety :

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب ، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد ، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجلون وانسحابيون ولا يشتركون بسلوكات هادفة في بيئتهم ، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل على حد سواء أو عند لقاء أصدقاء جدد ، أو وداع أصدقاء قدماء ، أو عند البدء بنشاطات جديدة ، أو عند انتهاء نشاطات مألوفة .

٤- السلوك الهادف إلى جذب الانتباه Attention seeking behavior :

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي ، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين ، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده ، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ ، أو المرح الصاخب ، أو التهريج ، أو الأخذ بآخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي ، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين .

مثل هؤلاء الأطفال غالبًا ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة ، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه .

١٣- مفهوم ذات سيء أو متدن Concept – Poor self :

هو إدراك الشخص لذاته كفرد ، أو ابن ، أو ابنة ، أو طالب أو صديق ، أو متعلم ، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية الذات ، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم غير مناسبين ، أو فاشلين ، أو غير متقبلين ، ويتمثل مفهوم الذات السيء بعبارات تعكس هذا المفهوم من مثل : "لا أستطيع فعل ذلك" ، "هو أفضل مني" ، "لن أفوز أبدًا" ، "أنا لست جيدًا مثل هؤلاء الأفراد" يكون لديهم حساسية مفرطة عند النقد ، ولا يكون لديهم الرغبة في الانخراط في كثير من النشاطات .

١٤- السلبية Negativism :

هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات ، والنصائح ، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين ، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء) ، و(الموافقة على نشاطات قليلة) ، (الاستمتاع بعدد محدود من النشاطات) ، (دائمًا يقولون لا) ، وإذا سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء أو في تناول الطعام أو في البيت أو في المجتمع ، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة .

١٥- الانحراف الجنسي :

عبارة عن سلوكات ذات دلالة جنسية غير مقبولة اجتماعيًا ، حيث إن هذا السلوك يخلق مسائل كثيرة ومتنوعة عندما تكون هناك محاولات لإظهار هذه السلوكات .

- **أولاً** : من المعروف أن السلوك الجنسي يختلف حسب التقاليد المتبعة في المجتمع الواحد ، وغالبًا ما يعتمد تقييم مثل هذه السلوكات على ثقافة هذا الشخص الممارس لهذا السلوك ومجتمعه ، وعلى ثقافة الشخص الذي يلاحظ هذا السلوك ومجتمعه .
- **ثانيًا** : بسبب وجود عدد كبير من المعلومات حول مظاهر السلوك الجنسي ، فهناك صعوبة في تحديد معايير مقبولة للسلوك الجنسي في المجتمع في حالة وجود معيار عالمي .

هناك مجموعة من الأطفال والكبار يحولون إلى صفوف خاصة يظهرون واحدًا أو أكثر من أنماط السلوك الجنسية التالية :

٧- انحرافات جنسية غالبًا ما تظهر على شكل أثارات ذاتية ، أو تدليل للأطفال أو للحيوانات .

الذات لدى الطفل ، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية ، وهذه بعض مظاهر المنافسة الشديدة التي تؤثر على الطفل في المدرسة .

- رد فعل عدائي أو غير مناسب عندما لا يكون الأول في نشاط معين .
- رد فعل عدائي للفشل في نشاط معين .
- الشعور بالإحباط عند التعرض لنشاط غير مألوف .
- الاهتمام الزائد بالقوانين والتعليمات .
- الإضرار على التغييرات في القوانين والأنظمة .
- إظهار عدم الاهتمام .
- عدم الرغبة بالانخراط بنشاطات جديدة .

١٠- عدم الانتباه Inattentiveness :

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما ، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدد ، هذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة ، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف ، ويظهر أنه مشغول البال ، أو يقوم بأحلام اليقظة .

١١- الاندفاع Impulsivity :

هو الاستجابة الفورية لأي مثير بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير ، وضعف في التخطيط ، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة ، وغالبًا ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة ، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون .

١٢- التكرار Reservation :

هو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط ، بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر ، هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية ، فقد يستمر الطفل بالضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن الضحك ، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة ، أو أن يستمر في الكتابة على ورقة ليصل إلى أقصى نهايتها ، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين ، وهكذا .

خصائص (صفات) خاصة بالأطفال من ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدًا (الاعتمادية) :

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى العديد من الصفات والخصائص التي يمتاز بها الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا بدرجة شديدة وشديدة جدًا ، وفيما يلي توضيح لأهم هذه الصفات والخصائص مع ضرورة الإشارة إلى أنه ليس بالضرورة أن تظهر لدى الطفل المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا بدرجة شديدة أو شديدة جدًا جميع هذه الصفات حيث يجب التركيز على معايير معينة مثل التكرار والشدة والفترة الزمنية لحدوث السلوك .

- **نقص مهارات الحياة اليومية** : لنقصهم مهارات العناية بالذات قد يكونوا غير قادرين على إطعام أنفسهم وغير متدربين على استخدام الحمام في سن الخامسة أو حتى العاشرة ، وغير قادرين على التواصل مع الآخرين ، إنهم يقدمون صورة طفولة عاجزة .
- **انحرافات إدراكية/ حسية** : من الشائع أن تجد أن الطفل شديد الاضطراب يظن أنه معاق بصريًا أو سمعيًا ، لأنه يبدو للوهلة الأولى أنه غير واع لما يجري حوله ، إنه يتجاهل الناس ، ويبدو لا يتأثر بالحديث أو الصوت العالي أو الأضواء الساقطة ، باختصار أنه غير مستجيب للمثيرات السمعية والبصرية .
- **عيوب معرفية** : اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل تكون درجاتهم في مستوى المعاقين عقليًا بدرجة شديدة في بعض الحالات قد يبدو أن الطفل ملائم من ناحية عقلية ، إذ أنه يستطيع أن يستمر في المحادثة ، ولكن بعد فترة يبدو واضحًا أن هناك فقط موضوع واحد يستطيع التحدث عنه ، وتدخل فيه جملة وأسئلة لا معنى لها ، العديد من الأطفال شديدي الاضطراب يبدون أذكياء وبعضهم يستطيع أداء عمليات تعتمد على الذاكرة إلا أن ذكاءهم خادع أو مضلل إنهم لا يستطيعون تطبيق مهاراتهم ومهامهم اليومية .
- **عدم ارتباطهم أو علاقتهم بالناس الآخرين** : أحد المظاهر لسلوك الأطفال شديدي الاضطراب هو أنهم لا يتفاعلون مع الآخرين ، بما فيهم والديهم وإخوانهم لا يكيف الطفل قوامه عندما يحمله الأب أو الأم ، لا يوجد تبادل مشترك من الدفء والرضا بين الكبير والطفل .
- **الانحرافات اللغوية والنطقية** : العديد من الأطفال شديدي الاضطراب لا يتكلمون مطلقًا ، ويبدو أنهم يفهمون اللغة ، بعضهم يظهر المصاداة (أي ترديد ما يقوله الآخرين بغير فهم) ، إنهم يستخدمون الضمائر بطريقة خاطئة .

٨- إظهار سلوك غير مناسب لجنس الفرد ، أي أنه يتصرف بطريقة مختلفة عن أقرانه من نفس الجنس .

٩- ألفاظ أو إيماءات ذات دلالة جنسية .

ومعظم الإحالات تكون بسبب الحساسية الزائدة لدى الآباء والمعلمين ، والسلوكات الجنسية غير الملائمة غالبًا ما تلاحظ من قبل الأطفال الذين ينقصهم نموذج جيد لهذا السلوك في البيت ، والخطوات التي يجب أخذها من قبل المدرسة تزويد هؤلاء الأطفال بنماذج جذابة ومناسبة ومقبولة .

فالاستخدام المتكرر من قبل الأطفال خاصة الكبار منهم للسلوكات الجنسية هي محاولة لجذب الانتباه من الآخرين منهم يتعلمون أن مثل هذه السلوكات سوف تجعلهم موضع اهتمام من قبل الكبار والأقران في البيئة ، ومعظم الأطفال يجهلون ما تعنيه هذه الألفاظ والحركات التي يستخدمونها لجذب الانتباه فقط ، فهم يعرفون أنها تجلب الانتباه .

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة قام بها من العلماء (Pasamanik, Regor, Linienfeld, 1969) حيث قام هؤلاء العلماء بتحليل ٣٦٣ سلوك طفل أمريكي من الأطفال البيض المضطربين سلوكيًا وأظهرت نتائج الدراسة الخصائص السلوكية التالية وهي مرتبة حسب ما وردت في الدراسة :

١- التمرد وعدم الامتثال .

٢- السلوك الجسمي للمتمرد .

٣- السلوك غير المرغوب به في المدرسة .

٤- النشاط الزائد .

٥- عدم الامتثال اللفظي .

٦- مهاجمة الآخرين .

٧- التناقض وعدم التنظيم .

٨- الانسحاب .

٩- الشكوى والتذمر .

١٠- النشاط الجنسي .

١١- صفات أخرى من السلوكيات غير المصنفة .

٨- تقديرهم لذاتهم متدني .

٩- غير قادرين على بناء علاقات اجتماعية فعالة .

١٠- يظهرون سلوكات جنسية منحرفة .

١١- الشكوى من علل النفس – جسدية غير صحيحة .

١٢- التمرد المستمر .

١٣- لديهم ضعف في الدافعية . .

- **إثارة أو تنبيه الذات :** السلوك النمطي ، المتكرر لتحقيق إثارة حسية أمر شائع عند شديدي الاضطراب ، إن إثارة الذات تأخذ أشكالاً عدة (الهمس باللعب ، تدوير أو لف جسم ما ، التربيت على الخد ، ضرب اليد ، الحملقة في الضوء) ، من الصعب اشتغال ذوي الاضطرابات على الانفعالية الشديدة في نشاط آخر .
- **سلوك إيذاء الذات :** بعض الأطفال شديدي الاضطراب يؤذون أنفسهم باستمرار وعن قصد ، وطرق إيذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الأطفال كثيرة ، وتتضمن (العض – الضرب – الطعن) .
- **العدوانية تجاه الآخرين :** ليس من غير المعتاد تلقي ذوي الاضطرابات الانفعالية بدرجة شديدة بمراحلهم الشديد على الآخرين أو أن يعاملوا الآخرين بطرق سيئة وقاسية ، العض والخدش ورفس الآخرين ، تعتبر من الخصائص العامة لهؤلاء الأطفال .
- **التكهن الضعيف :** أن التكهن أو التقدير لما يمكن أن يحدث هو أمر ضعيف عند هؤلاء الأطفال فهم مبالون للتصرف على مستوى المعاقين عقليًا .
- **عجز الإدراك :** يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعاليًا بشكل شديد لاختبار ، والذين نستطيع تطبيق اختبارات الذكاء والتحصيل عليهم ، يحصلون على درجات بعض الذكاء لدى الطفل عندما يستمر في محادثة ما ، ولكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعًا واحدًا محددًا فقط يستطيع أن يتحدث فيه ، أنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عديم الفائدة ، وبعض الأطفال المعوقين انفعاليًا وسلوكيًا يبدون أذكياء وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير ولكن ذكاءهم هذا يكون زائفًا ، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء وإظهاره في المهمات والمهارات كل يوم .

وتجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات توصلت إلى وجود خصائص عامة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا على مختلف فئاتهم ، وأهم هذه الخصائص :

١- لديهم ضعف في الفهم والاستيعاب .
٢- لديهم ذاكرة ضعيفة .
٣- قلق غير مبرر .
٤- يظهرون سلوكات تهدف على جذب الانتباه .
٥- لديهم مزاج متقلب .
٦- لديهم حركة زائدة وتشتت في الانتباه .
٧- مندفعين ومتسرعين .

الفصل الرابع
تقييم وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية

- إجـراءات الـــكشــــف التعــــرف على المضطربين سلوكياً .
- أولاً : الكشف ، التعرف للاضطرابات السلوكية والانفعالية .
- ثانيا : التقييم والتشخيص للاضطرابات السلوكية والانفعالية .
  - التشخيص الطبي .
  - التشخيص التربوي والأكاديمي .
  - التشخيص في الجوانب النفسية والعقلية .
  - التشخيص الاجتماعي .

أولا : بالنسبة للطلاب المضطربين بدرجة بسيطة :

(١) إن تقييم الطالب المضطرب سلوكياً يتطلب من الفاحص الصبر حيث يجب عليه أن يخلق جواً يستطيع الطالب أن يشعر فيه بالراحة والاطمئنان ، وتوفير هذا الجو يكون بمساعدة الفاحص نفسه وذلك عند تعبيره عن فهمه لسبب قلق الطالب ويستطيع الفاحص أن يخبر الطالب بأنه يركز على النظر إلى كيفية حله للمشكلة المقدمة إليه دون النظر إلى صحة وعدم صحة استجابته .

(٢) أحياناً قد يكون من المفيد إعادة الأسئلة للطالب في حالة رفضه التعاون أو إعطاء تعليقات لا معنى لها .

(٣) تساعد المهام القصيرة المتنوعة الطالب في التركيز على المهمة التي يعمل جاداً على الانتهاء منها .

(٤) يساعد أيضاً وجود شخص يوثق به من قبل الطالب كالأخصائي النفسي أو مدرس الفصل وذلك من أجل طمأنته مع مراعاة وجوب تنبيه ذلك الشخص بعدم الإيحاء للطالب بالإجابة بشكل لفظي أو غير لفظي .

ثانيا : بالنسبة للطلاب المضطربين سلوكيا بدرجة كبيرة :

(١) يمكن ملاحظتهم في غرفة الدراسة أو في فناء المدرسة بواسطة الفاحص قبل القيام بعملية الاختبار أو التشخيص .

(٢) مراجعة السجل الخاص بسلوك الطالب (السجل التراكمي أو المجمع) يوفر للأخصائي معلومات تجعله يفهم طبيعة وكيفية تفاعل الطالب مع الآخرين .

(٣) يستجيب بعض الطلاب عند لمس الأخصائي لهم بحيث يقومون بالاسترخاء ويبدأون في التعاون مع الأخصائي بشكل كبير . ويتجاوب بعضهم أكثر عندما يجلسون بالقرب من الفاحص ، وقد يوفر الفاحص للطالب بعض المعززات وذلك لتعزيز السلوك المرغوب مثل المعززات الغذائية أو المادية .

وقد لا يكون بعض الأطفال المضطربين سلوكيا قادرين على إظهار مدى مهاراتهم التي يمتلكونها . فالمقابلات الشخصية مع الأشخاص المقربين من نفس الطالب تحول دون التشخيص غير المناسب . ويمكن اعتبار وتقييم المعلم ، وتقييم أفراد الأسرة ، وتقييم الذات عوامل مساعدة في جمع المعلومات .

الفصل الرابع
تقييم وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعتبر إجراءات التعرف والفحص والتشخيص لاضطرابات السلوك عملية معقدة وتحتاج إلى جهد كبير وكذلك المهنيين الذين لهم علاقة بالفحص والتشخيص يختلفون فيما بينهم في الطرائف والإجراءات والفلسفات التي يتبنوها ، وذلك اعتمادا على الاتجاهات النظرية المختلفة التي يعتمدون ومع كل هذه الصعوبات فان التربويين والمهنيين في مجال الصحة العقلية يستخدمون إجراءات عامة وذلك لتحديد الأطفال المضطربين ولتقييم مشكلاتهم وذلك من أجل استخدام المعالجة المناسبة .

وهذه الإجراءات تحاول الإجابة عن الأسئلة التالية :

كيف نتعرف على الطفل المضطرب انفعاليا أو سلوكيا ؟

هل هذه المشكلة شديدة بدرجة كافية بحيث تتطلب تدخلا ؟

ما هي طبيعة التدخل الذي يجب أن تكون ؟

إجراءات الكشف والتعرف على المضطربين سلوكياً :

حيث تهدف إجراءات الفحص والتشخيص والتقييم إلى اكتشاف حالات اضطرابات السلوك والوصول الى وصف دقيق لهذا الحالات وتقيمها في الجوانب النفسية والتربوية بغية التعرف على جوانب القوة والضعف تمهيدا للقيام بالتدخل العلاجي والتربوي بناء على التشخيص والتقييم .

وحتى تكون عملية الفحص والتشخيص والتقييم ناجحة أن يشارك فيها ، بالإضافة إلى الأخصائيين في المجالات النفسية والاجتماعية ، الوالدين والمعلمين وجميع من لهم علاقة بالطفل وفيما يلي عرض للإجراءات التي تستخدم في عملية الفحص والتشخيص لاضطرابات السلوك .

اعتبارات خاصة عند تقييم المضطربين سلوكياً :

هناك عدداً من الاعتبارات التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تشخيص المضطربين سلوكيا ، وهي :

والعدوان ، لأن ذلك يسبب إزعاجاً للمعلم وتأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية داخل الفصل . من هنا يجب أن نمد المعلم بقائمة محددة من المشكلات التي يجب أن يلاحظها في الفصل بشكل دقيق دون تركه يتوقع ما نريد .

ويطلب من كل مدرس من مدرسي الطفل كتابة تقرير عام يشرح فيه الأنماط السلوكية التي يتميز بها داخل الفصل وخارجه بحيث يتضمن أداءه الأكاديمي والمعرفي والحركي ، وعلاقته مع زملائه ومدرسيه وأن تُعقد مقارنة بينه وبين زملائه في جميع هذه الأنماط السلوكية .

(ب) تقديرات الوالدين Parents Ratings :

إن الوالدين أيضاً مصدر مهم للمعلومات عن ما قد يعانيه الطفل من الاضطرابات السلوكية . حيث يُطلب من أولياء الأمور كتابة ملاحظاتهم عن سلوك الطفل داخل البيت وفي المحيط الاجتماعي بحيث تتضمن -هذه الملاحظات -خصائصه السلوكية في تعامله معهم ومع إخوته ومع أقرانه وأقربائه ، وسلوكه في المواقف الاجتماعية والأسرية المختلفة . كما يطلب منهم المقارنة بين النمط السلوكي الذي يتميز به هذا الطفل وما يتميز به إخوته وأقرانه من أنماط سلوكية . والمعلومات التي يمكن أن تجمع من الوالدين تكون إما من خلال المقابلات أو من خلال قوائم المراجعة والاستبيانات . ومع أن الوالدين مصدر مهم للمعلومات لكن دقة ملاحظة الوالدين للطفل قد نضع أمامها علامات استفهام ، حيث تشير الدراسات إلى أنه توجد فروق فيما يتعلق بقوائم المراجعة للأطفال وملاحظات والديهم .

وهنا يمكن القول إن إحدى المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات المباشرة كمحك لتصديق تقديرات الوالدين هي :

(١) محدودية ملاحظة السلوك ؛ ذلك أن الملاحظين يمكن أن ينسوا أو أن تكون متابعتهم للسلوك على فترة غير منتظمة .

(٢) كما أن وجود الملاحظ يمكن أن يؤثر على السلوك . وعلى الرغم من التساؤل عن ثبات تقديرات الوالدين ، فإن لهم دور مهم في عملية الإحالة إلى العيادات النفسية .

(جـ) تقديرات الأخصائيين النفسيين :

الأخصائي النفسي هو الذي يقوم بفحص حالة الطفل وكتابة ملاحظات عنها؛ بالإضافة إلى إجراء الاختبارات اللازمة ، وتستخدم هذه الملاحظات عادة في المساعدة على تفسير نتائج الاختبارات التي أجريت على الطفل ، وكتابة تقرير عنها . حيث يشتمل هذا التقرير على مشاعر

الكشف ، التعرف ، التشخيص ، التقييم للاضطرابات السلوكية والانفعالية :

أولا : الكشف Screening :

تتضمن عملية تقييم الاضطرابات السلوكية مسح مجموعة كبيرة من الأطفال من أجل تحديد عدد الأطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة . وفي حالة الأطفال في سن المدرسة فإن المعلم هو المعنى بعملية الكشف . ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للأنشطة التي تطبق بشكل منظم على مجموعة من الأطفال بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم .

وخلال العقدين السابقين أو أكثر ، أصبح التركيز على عملية الكشف وإجراءاته بطريقة فعالة وهذا الاهتمام جاء من مصدرين ، **أولهما** : هو الاعتقاد الذي ترسخ من تراكم نتائج البحوث والدراسات في أن الكشف والتدخل المبكر يساعد في خفض حدة انتشار اضطرابات السلوك : أما المصدر **الثاني** : فهو الضغوط المجتمعية نتيجة لوجود قوانين ملزمة ، وتشكيل مجموعات من الآباء والمهنيين .

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن برامج رياض الأطفال وبرامج المدارس تعتبر من أنواع الكشف المعروفة ، حيث يدخل جميع الأطفال الذين سيلتحقون بالمدارس العادية هذه البرامج ، ويتم التعرف عليهم من النواحي الجسمية والمعرفية والإدراكية والانفعالية . وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية ، يجب أن يتعاون الآباء والمعلمين في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت . هذا ويمكن الاعتماد على أكثر من وسيلة أو أسلوب للكشف عن اضطرابات السلوك ومن أهم تلك الوسائل يلي :

(أ) تقديرات المعلمين Teachers Ratings :

يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين سلوكياً في سن المدرسة . وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن تقدير المعلم هو من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية . ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين إلا أن الدراسات أشارت أيضاً إلى أن المعلمين كمجموعة يمكن أن يكونوا منحازين . وهذا يتضح عند مقارنة الإحالات التي يقوم بها المعلمون حيث يمكن أن تكون إما مبالغ فيها أو متحفظة إلى حد كبير . فمثلاً يميل المعلم إلى عدم إحالة حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل ، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً له ولا تؤثر بشكل سلبي على سير العملية التعليمية ، بينما يميل المعلم إلى إحالة حالات السلوك الاندفاعي والموجهة نحو الخارج كالإزعاج والفوضى واضطرابات التصرف والحركة الزائدة

ثانيا : التعرف والتشخيص Identification & Diagnosis :

إن المرحلة التي تأتي بعد الكشف والتعرف الأولى هي مرحلة التشخيص النفسي والتربوي الذي يقوم به عادة الفريق متعدد الاختصاصات إذ تتم دراسة حالة الطفل من قبل الأخصائي النفسي والطبيب النفسي والباحث الاجتماعي ، بالإضافة إلى إجراء تقييم شامل في الجانب التربوي من قبل المعلم العادي (معلم الفصل) ومعلم التربية الخاصة وذلك من أجل تحديد إجراءات التدخل المناسبة في الجانبين النفسي والتربوي .

والتشخيص هو إجراء تقويمي متعمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بوجود مشاكل لديهم اثناء عملية الكشف والهدف من ذلك تحديد ما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أم لا وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها ومداها وأسبابها إذا كان متيسرا واقتراح إجراءات التدخل المناسبة .

إن ثمة شرطان مهمان ينبغي توافرهما للحكم على الفرد ــــ طفلاً كان أم راشداً ــــ قبل أن نصنفه على أنه يعاني أعراضاً تشير إلى اضطرابه انفعالياً واجتماعياً . **وأولهما** : التكرار والاستمرار .

وثانيهما : أن يؤدي هذا التكرار والاستمرار إلى عدم قدرة الفرد على التوافق الشخصي الاجتماعي .

وتتضمن عملية التشخيص الشامل للاضطرابات السلوكية والانفعالية الجوانب التالية :

- الجوانب الطبية البيولوجية
- الجوانب الأكاديمية والتربوية .
- الجوانب النفسية والعقلية .
- الجوانب الاجتماعية .

أولا : التشخيص الطبي البيولوجي :

وفيه يرجع المشاكل السلوكية إلى وجود خلل في الدماغ وبالتالي يتم استخدام فحوص عصبية متعددة على مدى سنوات طويلة بهدف تشخيص هذا الخلل وهناك بعض الأساليب الحديثة التي تستخدم في هذا الصدد مثل :

وأحاسيس الطفل أثناء أداء الاختبار ؛ وكيفية إمساكه للقلم وعدد مرات توقفه أثناء أداء الاختبار واستخدام أصابعه في العد في المسائل الحسابية ؛ واستخدامه للكلمات المناسبة للتعبير عن أفكاره وخواطره ، ومدى التململ والثرثرة والنظر حوله أثناء أداء الاختبار .

(د) تقديرات الأقران أو الزملاء Pears Ratings :

إن الدراسات الحديثة في التربية وعلم النفس تشير إلى أن الوضع الاجتماعي للأطفال يرتبط إيجابياً مع توافقهم في المدرسة ، وكذلك مع التحصيل الأكاديمي؛ وعلى هذا فإن تقديرات الأقران تعتبر أحد الأساليب والوسائل المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية .

كما أن نتائج بعض الدراسات أشارت إلى أن الأطفال في المدرسة من كل الأعمار لديهم القدرة على التعرف على المشكلات السلوكية ، وأن كان الأطفال في الأعمار الصغيرة يصعب عليهم في كثير من الأحيان معرفة أو تحديد السلوك الطبيعي أو المقبول ، ولكن يختلف الأمر في حالة الأطفال الأكبر سناً حيث يصبحون أقل تمركزاً حول ذواتهم ؛ وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي . إن المقاييس السوسيومترية -والتي تركز على العلامات الشخصية والاجتماعية في المجموعة – تستخدم لقياس إدراك الطفل للجماعة التي ينتمي إليها ، وهي مفيدة في التشخيص والتقييم إذا ما فسرت بحذر ، فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في تخطيط طرق التدخل .

(هـ) التقارير الذاتية (تقدير الذات) Self ratings :

تعتبر التقارير الذاتية أو تقديرات الذات مصدراً آخر للحكم على توافق الطفل ، فمن خلال تقدير الطفل لذاته يمكن أن يساعد ذلك في التعرف على المشكلات التي يعاني منها . وقد أشارت الدراسات إلى أن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين سلوكياً أفضل عندما يكون السلوك المضطرب موجهاً نحو الخارج كالعدوان والتخريب والنشاط الزائدة ، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية . وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين .

وبعد أن عرضنا لخمسة أنواع من طرق الكشف عن الاضطرابات السلوكية ، يبقى السؤال ما هي أفضل طريقة للفحص والتشخيص ؟ الإجابة تقول أنه بسبب أوجه النقص الذي يمكن أن يوجد بكل أداة ، فإن عدداً من الباحثين أشاروا إلى أن معلومات مختلفة عن الطفل ونموه وتوافقه تكون ضرورية من أجل تحديد الاضطرابات السلوكية .

١- اختبار الأداء اللمسي – الوقت .
٢-اختبار الأداء اللمسي – الذاكرة .
٣-اختبار التصنيف .
٤-اختبار فهم أصوات الكلام .

ب- بطارية اختبارات لوريا نبراسكا Luria-Nebraska Battery :

وتتكون هذه البطارية من ١٦٩ فقرة موزعة على إحدى عشر قسما بهدف التعرف على المهارات الحركية الأساسية المركبة مثل قدرات الإيقاع ، الخطو ، المهارات اللمسية والإحساس بالحركة والمهارات اللفظية والمكانية واللغة الاستقبالية والتعبيرية ومهارات القراءة والكتابة والحساب وعمليات الذاكرة والقدرات العقلية .

ويمكن تطبيقها في غضون ساعتين ونصف وتتضمن طريقة تصحيحا على درجة عالية من الصدق ، كما يوجد لهذه الاختبارات صور مكافئة .

- التشخيص النفسي الفسيولوجى Psycho physiological Assessment :

يهتم هذا الجانب بالتغيرات الجسمية التى تصاحب المواقف النفسية ، مثل التغير في معدل نبضات القلب ، والتوتر العضلي ، تدفق الدم في أجزاء متعددة من الجسم ، كذلك الموجات الدماغية ، وتستخدم مثل هذه المقاييس لدراسة التغيرات الجسمية عندما يكون الفرد خائفا أو مكتئبا أو متخيلا أو يقوم بحل مشكلة ما وهكذا .

ويتم قياس نشاطات الجهاز العصبي اللاإرادي غالبا عن طريق مقاييس كهربائية وكيميائية بهدف فهم طبيعة العواطف ، وتستخدم أجهزة تخطيط القلب وأجهزة لقياس نشاط غدد السكر وأجهزة لقياس نشاط الدماغ ، ...وهكذا .

ثانيا : اختبارات تشخيص الاضطرابات السلوكية في الجوانب الأكاديمية والتربوية :

هناك نوعان من الاختبارات التي يمكن خلالها الكشف عن الاضطرابات السلوكية ، هما :

- الاختبارات المباشرة .
- الاختبارات غير المباشرة .

ومن الاختبارات أو المقاييس المباشرة مقياس بيركس لتقدير السلوك وأما الاختبارات أو المقاييس غير المباشرة فهي تلك الاختبارات التي تقيس الاضطرابات السلوكية بشكل غير مباشر كالاختبارات الإسقاطية ومنها اختبار تفهم الموضوع للصغار وتفهم الموضوع للكبار

- **التصوير الدماغي Brain imaging :**

١- **ويستخدم scan CT** باستخدام الكمبيوتر وهو يساعد في تحديد الخلل باستخدام أشعة X في مقطع عرضي أفقي من دماغ المريض ، ويظهر خلالها تضخم تجاويف أو بطينات الدماغ بسبب تلف الأنسجة والأورام والجلطات الدماغية .

٢- **جهاز Magnetic Resonance Imaging(MRI)** : وهو جهاز يمكن الطبيب من مشاهده الدماغ الحي أثناء تأدية وظائفه بحيث يمكن من خلاله تحديد أى خلل في الأبنية الدماغية مهما كان دقيقا .

٣- **جهاز Functional MRI(FMRI)** : وهو جهاز أكثر حداثة ويقوم عمله على أساس سرعة التصوير التي تمكن من قياس التغيرات الأيضية بحيث تمكن من إنتاج صور للدماغ أثناء عمله بالإضافة إلى بنائه .

٤- **فحص Position Emission Tomography (PET)** : وهو فحص أوسع وأكثر تكلفه ويقيس كلا من بناء الدماغ ووظيفته ويظهر من خلاله أماكن نوبات الصرع ، وسرطان الدماغ ، والجلطات الدماغية ، وإصابات الرأس ...وغير ذلك .

- **التشخيص العصبي الكيمائي Neurochemical Assessment :**

ويتم التشخيص العصبي الكيميائي عن طريق تحليل المواد الأيضية للموصلات العصبية والتى تكون قد تكسرت بالإنزيمات ، ويمكن الكشف عن هذه المواد فى البول والدم وسائل النخاع الشوكي ، فمثلا لدى المصابين بالاكتئاب نسب منخفضة من Serotonin وهى مادة ناشئة عن الأيض وتلعب دورا مهما فى حدوث الاكتئاب .

- **التشخيص النفس عصبي Neuropsychological Assessment :**

ويقوم به كلا من طبيب الأعصاب والأخصائي النفسي العصبي بشكل تعاوني بهدف التعرف على كيفية عمل الجهاز العصبي وكيفية معالج المشاكل التى قد تكون ناتجة عن مرض أو إصابة في الدماغ وعلى الرغم من وجود الوسائل والأجهزة المتطورة لفحص وتشخيص الاختلالات الدماغية إلا أن كثيرا منها على درجة كبيرة من الدقة بحيث لا يمكن ملاحظتها مهما بلغت درجة الدقة في الوسيلة أو الجهاز ، وقد طور الأخصائيون النفس عصبيون اختبارات لتشخيص الاضطرابات السلوكية الناتجة عن خلل دماغي :

أ- **بطارية هلستد ريلان Halstead-Reilan Battery :**

وتتضمن هذه البطارية أربعة اختبارات فرعية هى :

تحديداً . فهذا الاختبار يتطلب من الفرد أن يحكي قصصا تتعلق بصور معينة بحيث يمكن للأخصائيين من ذوى الخبرة تفسير الدوافع الكامنة لدى الفرد ، وانفعالاته ، وعواطفه ، وصراعاته وحاجاته النفسية التى افترضها موراى في نظريته للشخصية . وهذا الاختبار يلي اختبار 'رورشاخ ' في شيوع استخدامه ، وفي عدد الدراسات والبحوث التي استثارها . وقد استمد الاختبار أهميته أولاً في العيادات النفسية ، ولكنه أصبح تدريجياً أداة بحث في علم النفس الارتقائي ، وعلم النفس الاجتماعي ، والشخصية ، والدراسات الأنثروبولوجية عبر الثقافات ، كما يستخدم في تقييم الشخصية في مجالات الإرشاد وعلم النفس الصناعي .

ويتكون الاختبار من ثلاثين صورة باللونين الأبيض والأسود مرسومة على بطاقات عبارة عن أربع مجموعات متداخلة تتكون كل منها من تسع عشرة بطاقة إضافة إلى بطاقة بيضاء ، وتختلف كل صورة من حيث محتواها ودرجة غموضها . وتتباين الصور في درجة انتظامها وبنيتها ، إذ تتراوح بين الانتظام التام أو البنية المحددة بدرجة كبيرة إلى البنية غير المحددة على الإطلاق كما في البطاقة البيضاء .

ويمكن تطبيق الاختبار على الراشدين والمراهقين ، وتعرض البطاقات على الفرد واحدة تلو الأخرى مصحوبة بتعليمات بسيطة ، ويطبق الاختبار عادة على مرتين أو أكثر ، وإجراءات التطبيق المعتاد هو أن يطلب من المفحوص أن يحكي قصة كاملة تتعلق بكل من تسع عشرة بطاقة يتم اختيارها بحيث تناسب عمره ونوعه ، وكذلك البطاقة البيضاء ، ويطلب منه أن يستغرق خمس دقائق في كل قصة ، ويحكي ما يحدث في الصورة الآن ، والأحداث التي أدت إليها . وما سوف تنتهي إليه ، ويجب أيضا أن تتضمن القصة تفاصيل عن الشخصيات التي في الصورة ، وأنشطتهم وتفكيرهم ومشاعرهم .

(٣) اختبار تفهم الموضوع للأطفال (الكات) :

Children s Aperception test (CAT)

هو اختبار إسقاطي وضعه ل . بيلاك ، س . بيلاك L . Bellak & S . Bellak ويصلح للأطفال ما بين ثلاث سنوات وإحدى عشرة سنة ، ويستند إلى نفس المبادئ التي يستند إليها اختبار تفهم الموضوع الذي وضعه موراي ومورجان . وله صورتان : إحداهما تشمل المواقف المصورة في بطاقاته على حيوانات ، والأخرى على إنسان . وعلى الفاحص أن يؤكد للمفحوصين أنه ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، وأن يكون للقصة بداية ووسط ونهاية . وتفسر القصص وتحلل بهدف التشخيص .

الراشدين ، واختبار بقع الحبر لــ "رورشاخ" ، واختبار ليديا جاكسون ، واختبار تكملة الجملة . . وغيرها من المقاييس الأخرى . وفيما يلي نماذج من هذه المقاييس :

(١) مقياس بيركس لتقدير السلوك :

Burks Behavior Rating Scale, 1980

صمم " بيركس" هذا المقياس للكشف عن أنماط السلوك المضطرب لدى الأطفال الذين يتم إحالتهم إلى المرشدين النفسيين في المدارس أو العيادات النفسية بسبب إظهارهم لصعوبات سلوكية سواء كان ذلك في المدرسة أم في البيت .

ويعتبر هذا المقياس أداة للتشخيص الفارق يمكن استخدامها مع طلبة المرحلتين الابتدائية والإعدادية الذي يظهرون صعوبات سلوكية؛ إلا أنه لا يعتبر أداة مناسبة لتحقيق أهداف المسح الأولي في مجتمع الطلبة ذوي الكفاية في أدائهم وتكيفهم المدرسي . وعموما يمكن اعتبار هذا المقياس أداة أولية للتعرف على مشكلات سلوكية محددة أو أنماط من السلوك المشكل ربما يظهرها الطفل ، ومحاولة وضع معيار لشدة الأعراض السلوكية غير الملائمة كما يراها المعلمون أو أولياء الأمور ، أو أي ملاحظ آخر أتيحت له الفرصة الكافية لملاحظة سلوك الطفل .

ويتكون هذا المقياس من مائة وعشر فقرات موزعة على تسعة عشر مقياساً فرعياً هي : (١) الإفراط في لوم الذات ، (٢) الإفراط في القلق ، (٣) الانسحابية الزائدة ، (٤) الاعتمادية الزائدة ، (٥) ضعف قوة الأنا ، (٦) ضعف القوة الجسمية ، (٧) ضعف التآزر الحركي ، (٨) انخفاض القدرة العقلية ، (٩) الضعف الأكاديمي ، (١٠) ضعف الانتباه ، (١١) ضعف القدرة على التحكم في (ضبط) النشاط ، (١٢) ضعف الاتصال بالواقع ، (١٣) ضعف الشعور بالهوية ، (١٤) الإفراط في المعاناة ، (١٥) الضعف في ضبط مشاعر الغضب ، (١٦) المبالغة في الشعور بالظلم ، (١٧) العدوانية الزائدة ، (١٨) العناد والمقاومة ، (١٩) ضعف الانصياع (المسايرة) الاجتماعي .

(٢) اختبار تفهم الموضوع للكبار (التات) :

أعد اختبار تفهم الموضوع The Thematic Aperception Test (TAT) كريستينا مورجان C . Morgan ، وهنرى موراي H. Murray عام ١٩٣٥ بالعيادة النفسية بجامعة هارفارد كأسلوب للكشف عن الأفكار اللاشعورية والخيالات Fantacies ويختلف هذا الاختبار عن اختبار الــ "رورشاخ " في أن مثيراته أكثر انتظاماً وأقل غموضاً واستجابته تكون أكثر

(٥) اختبار الاتجاهات العائلية لــ "ليديا جاكسون" :

وهو من الاختبارات الإسقاطية التى استخدمت في مصر ، وهو مشابه لاختبار التات وقد وضعته " ليديا جاكسون" واقتبسه مصطفى فهمي وقننه ليناسب البيئة العربية فهو أحد الاختبارات الإسقاطية التي تستعمل لدراسة ما يعانيه الأطفال من صراعات داخلية تنشأ بسبب العلاقات التي تقوم داخل الأسرة ، إما بينهم وبين الأبوين ، أو بينهم وبين أخوتهم وأخواتهم . والاختبار في شكله النهائي يتكون من سبع بطاقات مصورة مقننة يمثل كل منها موقفاً عائلياً من المواقف التالية :

(١) حماية الأم للطفل واعتماده عليها (الصورة رقم صفر) .

(٢) انفراد الأبوين بالمودة بينهما دون الطفل وما يترتب على ذلك من تهديد الشعور بالأمن(الصورة رقم ١) .

(٣) الغيرة التي تنشأ في نفس الطفل الأكبر بسبب اهتمام الوالدين بأخيه الأصغر (صورة ٢) .

(٤) ارتكاب الذنب وما يتبع ذلك من شعور بالوحدة وميل إلى الانفراد (صورة رقم ٣) .

(٥) احتمال عدوان الوالدين (صورة رقم ٤) .

(٦) إغراء المحرم والممنوع واحتمال العقوبة (صورة ٥)

(٧) استجابة الطفل للنزاع والشجار بين الأبوين (صورة رقم ٦) .

وقد صممت المواقف المختلفة التى تعبر عنها كل بطاقة على نحو يجعل من المسكن تفسيرها تفسيرات مختلفة ، يتخذ الطفل ما يناسبه منها وما يطابق حالته النفسية ويتمشى مع ما يعانيه من اضطرابات ومشكلات . وهو إذ يفعل كل ذلك لا يتحدث عن نفسه بطريقة مباشرة وإنما يسقط هذه المشاعر وتلك الأحاسيس على لسان الأفراد الذين يتكون منهم الموقف ويحدث ذلك بطريقة تلقائية ، طالما كانت الظروف والطريقة التي يجري بها الاختبار طبيعية ، لا توحي للطفل أنه في موقف تمتحن فيه مشاعره الشخصية ، أما إذا تنبه الطفل إلى ذلك فإنه يلجأ إلى الحذر والحيطة كوسيلة دفاعية يحمى وراءها خوفه من الإفصاح عن مصادر متاعبه ليجنب نفسه العقاب والحرمان الذي يؤذيه وينغص عليه حياته .

(٦) قائمة شطب المشاكل السلوكية :

Behavior problems Checklist (Quay & Peterson 1967)

وتستخدم لقياس خصائص المشاكل السلوكية عند الأطفال والمراهقين وتقيس أربع أبعاد للمشاكل السلوكية وهى :

(٤) اختبار بقع الحبر لــ رورشاخ :

أعده الطبيب النفسي السويسري " هيرمان رورشاخ " خلال الحرب العالمية الأولى وبعدها ، ونُشر حوله ما يزيد عن أربعة آلاف مقالة وكتاباً وبحثاً Bernstein& Neitzel, (1980) ، وعلى الرغم من أن بقع الحبر قد استخدمت في الماضي لاستدعاء استجابات من الأفراد في الدراسات المتعلقة بالتصور العقلي ، إلا أن "رورشاخ " يعد أول من أدرك بوضوح أهمية استخدام هذه الاستجابات في تقييم الشخصية . ومع ذلك فإن هذا الاختبار أدى إلى انقسام شديد في الآراء بين علماء النفس .

وعلى الرغم من أن "رورشاخ " كان متأثرا بنظرية فرويد وما تتضمنه من مفاهيم ، مثل اللاشعور وديناميات الشخصية ، إلا أنه لم يصمم الاختبار استناداً إلى هذه النظرية ، غير أن طبيعة بناء الاختبار يبدو أنها قد تأثرت بها بلا شك .

وقد صمم "رورشاخ " المثيرات عن طريق وضع بقع الحبر على ورقة ، وقام بطي الورقة بحيث ينتج عنها أشكال متماثلة ولكن غير محددة البنية ، ثم قام بتطبيق هذه البقع (المثيرات) على مجموعات مختلفة من مرضى المستشفيات النفسية ، واحتفظ بالبقع التى استدعت استجابات مختلفة من هذه المجموعات ، واستبعد البقع الأخرى .

والطريف أن "رورشاخ " يؤكد في بعض الأحيان الجوانب الإمبريقية للاختبار ، إلا أنه يؤكد أيضاً دور نظريات علم النفس الدينامي عند التفكير في بنائه للاختبار .

ويتكون الاختبار من عشر بطاقات متماثلة ، خمسة منها مظللة باللونين الأبيض والأسود ، وبطاقتين حمراء ورمادي ، وثلاثة بطاقات متعددة الألوان .

واستخدم رورشاخ في محاولاته آلافاً من بقع الحبر حتى استقر في النهاية على عشر بقع وصمم إجراءات تقدير الدرجات استناداً إلى الملاحظات الكلينيكية ، وتبلورت هذه الإجراءات بعدما قام بتجريب البقع على مجموعات أخرى من الأفراد العاديين ، والمتخلفين عقلياً ، والفنانين ، وغيرهم من الأفراد الذين يتسمون بخصائص معلومة .

وعند تطبيق الاختبار تعرض كل من هذه البطاقات على المفحوص ، ويطلب منه أن يوضح ما يراه فيها أو ما يمكن أن تمثله بقعة الحبر ، ونظرا لأن بقعة الحبر تعد مثيراً غامضاً فإن استجابة الفرد تمثل إسقاطه لمعنى معين على المثير ، وهذه المعاني التى تم إسقاطها تستخدم بدورها كأساس للاستدلال عن بنية شخصيته وديناميتها .

كما يوجد مقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Scale حيث يمكننا قياس الاضطراب السلوكي والانفعالي عن طريق تحليل التشتت ضمن اختبارات وكسلر الفرعية أو عن طريق تحليل الفقرات ضمن الاختبارات الفرعية الخاصة .

١- الاضطرابات السلوكية مثل العدوان .

٢-اضطرابات الشخصية مثل الانسحاب .

٣-عدم النضج .

٤-الأنماط الثقافية والاجتماعية .

٧) دليل بريستول للتكيف الاجتماعي ل (مارستون) :

Bristol Social Adjustment guides(Marston, 1970),

طور هذا المقياس لتقييم المشاكل السلوكية للأطفال والبالغين من عمر (٥- ١٦) سنة بحيث يستخدم في البيئة المدرسية ، ويمكن تطبيق وتفسير العلامات من قبل المرشد والأخصائي النفسي والمعلم ، ويمكن ان يستخدم كأداة للكشف ، وله استخدامات أخرى مثل وصف السلوك الملاحظ من قبل المعلم للأخصائي الإكلينكي بشكل له معنى أو كأساس للجلسات الإرشادية ، ولتقييم فعالية التدخل العلاجي وفى تطوير الأبحاث .

٨) مقاييس السلوك التكيفى Adaptive behavior scale :

يوجد عدد كبير من مقاييس تقدير السلوك التكيفى التى تعتمد على ملاحظة السلوك ومن هذه المقاييس مقياس فانيلاند للسلوك التكيفى Vineland Scale for Adaptive Behavior وقام بتقديم مقياس فيانيلاند للنصح الاجتماعى Vineland Social Maturity Scale إدجار دول لقياس المهارات الاجتماعية .

ويعتبر مقياس السلوك التوافقي من أهم المقاييس التي أعدتها الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (AAMD) حيث أجريت عليه عدة دراسات أثبتت كفاءة استخدامه بدرجة عالية من الصدق والثبات . كما أثبتت التحليل العاملي له أنه يحتوي على ثلاثة أبعاد سلوكية رئيسية هي الاستقلال الشخصي (Personal Independence) سوء التكيف الاجتماعي (social Maladjustment) وسوء التوافق الشخصي مما يدل على إمكانية استخدامه والاستفادة منه في ملاحظة ووصف المظاهر السلوكية للفرد والأداء السلوكي اليومي له المتعلقة بتلك الأبعاد السلوكية الأساسية الثلاثة .

٩) اختبارات الذكاء intelligence tests :

تمثل مقاييس الذكاء intelligence scales الاتجاه السيكوميترى فى تزويدنا بمعلومات عن قدرات الطفل المعرفية ، والعلاقات بين الصراعات الانفعالية للطفل وقدراته العقلية ، ويعد مقياس ستانفورد – بينيه Stanford Binet من أوسع المقاييس شهرة فى مجال قياس الذكاء لدى الأفراد ،

الفصل الخامس
إدراة الصف لدى المضطربين سلوكياً وانفعالياً وأهم الخدمات المقدمة لهم

- أولاً : إدارة سلوك الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا داخل الصف .
- ثانياً : أنواع الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا :
  - الخدمات التربوية .
  - الخدمات النفسية .
  - الخدمات الطبية .
  - الخدمات الاجتماعي .
  - الخدمات القانونية .
  - نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا .
  - التفاعل بين الأسرة والمدرسة لمواجهه المشكلات السلوكية .

الاصطدام مع المعلم وبناء على رد فعل المعلم واستجاباته للمواقف وقدرته على التحكم في مشاعره السلبية تجاه هؤلاء التلاميذ سوف تتكون آراء التلاميذ السلبية أو الإيجابية تجاه المدرسة ، وأفضل وسيلة للتعامل مع مشكلات الصف هو منعها من الحدوث بشكل غير مباشر والتعامل معها بشكل طبيعي ولكي يقوم المعلمون بعمل ذلك فإنهم يحتاجون إلى القدرة على توقع المشكلات الكامنة وتخطيط الطرق المناسبة لتجنب هذه المشكلات وفيما يلي عرض بعض الاقتراحات لتجنب المشكلات السلوكية :

١- ترتيب غرفه الصف لتناسب موضوعات التدريس :

يؤثر مظهر المعلم وكذلك ترتيب غرفه الصف على سلوكيات التلاميذ وبالتالي فعندما تكون غرفة الصف نظيفة ومرتبة فذلك يظهر الإحساس بالترحيب وبالتالي من المهم جدا تنظيم الغرفه وترتيب الفراغات بها ووضع كراسي مريحة للتلاميذ وهكذا .

٢- التخطيط للإثارة واستئناف العمل المناسب :

من المهم جدا استخدام التعليم الفردي بحيث يتم تزويد كل طالب بعمل ممتع يقوم به بنجاح وسهولة مما يعمل على عدم حدوث أي إحباط في النواحي الأكاديمية ويقلل من حدوث المشاكل السلوكية في الصف .

٣- اجعل غرفة الصف جاهزة للاستخدام :

بحيث يجب على المعلم أن يتأكد من تجهيز غرفة الصف قبل بداية اليوم الدراسي حتى لا نجعل الطلاب ينتظرون مما يخلق المشاكل خلال فترة الانتظار .

٤- الحفاظ على جداول متوقعة من قبل الطلبة :

وبشكل خاص في بداية العام الدراسي فإن الجداول اليومية تستطيع تخفيض الضغط النفسي على الطلاب عن طريق مساعدتهم على عن توقع النشاطات التالية

٥- تطبيع المشكلات المناسبة :

فعند حدوث مشكلة ما علينا استخدام بعض الأساليب التالية للتعامل معها أو استبعاد مواقف المشكلات الكامنة ومن هذه الأساليب :

- التجاهل المخطط له بما يفيد المعلم في التعرف على المشكلات الناجمة عن الطفل وتحديد شدتها .
- إشارات التدخل ويستخدمها المعلم من خلال هز إصبعه .
- الاقتراب من الطفل والوقوف جانبه ومحاوله تنبيهه إلى المكان المحدد بالكتاب .
- إظهار العاطفة خصوصا مع الأطفال الصغار .
- إزالة التوتر بالحصة من خلال بعض المرح المقنن .
- منع المساعدة في بعض الأحيان مما يساعد الطفل على تحمل الإحباط وإكمال المهمة .
- التنبيه المباشر للطفل للاندماج في الدرس .

الفصل الخامس

إدراة الصف لدى المضطربين سلوكياً وانفعالياً وأهم الخدمات المقدمة لهم

إن الاهتمام بالمضطربين سلوكيا وانفعاليا فى الصف وفى المجتمع من الأمور الحديثة فى الدراسة والبحث والاهتمام وبالتالي فإن الخدمات المقدمة لهم تعتبر حديثة نسبياً سواء كانت برامج أو خدمات مقدمة لهذه الفئة في أكثر من مجال (التربوي والنفسي والطبي والاجتماعي ، القانوني) .

ويتناول هذا الفصل كيفية ضبط وإدارة سلوك المضطربين سلوكيا وانفعاليا داخل غرفة الصف كما يتناول أهم الخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا بأنواعها المختلفة ، والتي تشمل الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والطبية والقانونية .

إدارة سلوك الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا داخل الصف :

إن مفهوم إدارة الصف أكبر وأشمل من بعض المعاني كالضبط والهدوء والالتزام بالتعليمات ، إنها تعني قيام المعلم بالعديد من الأعمال والمهام من حفظ للنظام وتوفير للمناخ العاطفي والاجتماعي وتنظيم البيئة الفيزيقية من أثاث وتجهيزات ومواد ووسائل واستثمار الخبرات التعليمية وحسن التخطيط لها .

تعتبر مشاكل الضبط في المدرسة بشكل عام ، وفي قاعة التدريس بشكل خاص ، من أكثر القضايا التي تشغل بال التربويين على جميع الأصعدة في هذه الأيام . فقلة احترام المعلم ، وانعدام الانصباع للتعليمات ، والقيام بسلوكيات عدوانية إتجاه الآخرين ، لدرجة يحضر فيها قسم من الأطفال بعض الأدوات الحادة إلى داخل جدران المدرسة؛ صارت من الظواهر المألوفة التي يواجهها المعلم . إذ أنّ قلة انتباه الطلاب ، والانشغال بسلوكيات تخريبية مزعجة في داخل الصف ، تسبب ضياع الكثير من وقت التعليم خلال الحصة . كما وأن انعدام القدرة على ضبط الطلاب والتحكم في سلوكهم ، يؤدي- في الكثير من الحالات- إلى وقوع المعلم في أخطاء عديدة؛ وذلك بسبب انهماكه في العمل على كبح تلك السلوكيات ، مستخدماً طرقاً قد تضر في سير العملية التربوية ، بشكل قد يكون من الصعب لاحقا التحكم في نتائجها (Stevens, 1997)

فالمعلم الذي يتشوش تركيزه وينزعج نتيجة الفوضى التي يحدثها بعض الطلاب ، قد يضطر- تحت لحظات الضغط الممزوج بالغضب- إلى معاقبة هؤلاء الطلاب من خلال الصراخ المتواصل عليهم ، أو توجيه الإهانة ، وفي بعض الحالات مستخدما أسلوب الشتم أو الضرب .

يعتبر السلوك المضطرب والغير سوي شكوى دائمة من قبل المعلمين حيث يظهر هؤلاء التلاميذ باستمرار سلوكات منحرفة قد تكون على شكل تهديد أو غضب أو عدوان أو تشجيع

التغذية الراجعة (Feedback) التي يقوم بها المعلم ، من خلال إعلامه للطالب عن أدائه وتحسن سلوكه ، تساعد الطالب على معرفة تقدمه؛ الأمر الذي يدفعه ويشجعه على تكرار السلوكيات المرغوبة .

يؤكد الباحثان مايلس وسمبسون (١٩٩٤) على أهمية الدور الذي يتوجب على المعلم القيام به ، للحفاظ على سلوكيات الطلاب الإيجابية . إذ على المعلم أن يتخذ إجراءات ومواقف تربوية علاجية في تعامله مع الطلاب . فالطلاب الذين يبدون سلوكيات عنيفة وعدوانية ، عادة يستجيبون أكثر للمعلمين الذين يتخذون مواقفاً داعمة ، يغلب عليها الاحترام والصدق في التعامل والاستعدادية للمساعدة . إضافة إلى ذلك ، ينصح المعلمون بشدة على البحث عن وسائل اتصال إيجابية وصادقة ، تعمل على المحافظة وبشكل دائم على كرامة الطالب وتقديره لذاته . إذا عمل كل معلم على تبني تلك المواقف الإيجابية والفعّالة ، وقام بتطبيقها على طلابه ، فإن الطلاب- في تلك الحالة- سيكونون أقل حاجة لاستخدام وسائل العنف والفوضى : بل على العكس من ذلك ، فإنهم سينظرون إلى المعلم كإنسان يلجؤون إليه لمساعدتهم في التفكير معهم على حل الصراعات والإحباطات المختلفة التي يواجهونها (Myles and Simpson, 1994) .

ومن **الاستراتيجيات الوقائية الأخرى المقترحة** ، أن تعمل المدرسة على توفير الخدمات العلاجية التخصصية على كافة أشكالها؛ لمساعدة الطلاب الذين يميلون إلى إثارة المشاكل ، أو يتورطون بسرعة مع الآخرين ، بسبب عدم قدرتهم على معالجة المواقف الصعبة . يجادل الباحثان مايلس وسمبسون (١٩٩٤) على أن هؤلاء الطلاب يمكنهم النجاح في صفوف التربية العادية ، إذا توفرت لهم تلك الخدمات الإضافية والضرورية لدعمهم معنوياً وأكاديمياً . كما ويقترحان إدخال دور الأهل بشكل مباشر من خلال وضعهم بصورة سلوكيات أبنائهم على الدوام . فالأهل في تلك الحالة يمكنهم أن يشكلوا الجسر المباشر ما بين المدرسة والمجتمع ، وبالتالي يجب إشراكهم بعملية بناء وتطوير الخطط التربوية العلاجية التي تخص أطفالهم وتناسب احتياجاتهم الأساسية .

يتخذ بعض الأخصائيين النفسيين توجهات أكثر عمقاً ، في التعامل مع الأولاد الذين يظهرون سلوكيات غير مقبولة اجتماعياً ، خاصة الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلمية . حيث يؤكد لافوي (Lavoie, 1997) إلى أنّ قدرة المعلم على فهم وإدارة وضبط سلوك طلابه ، والتغلب على العديد من المشاكل السلوكية ، تكمن في قدرته على تبني فلسفة معينة يؤمن بها ويعمل على تطبيقها في جميع المواقف ، وبالتحديد في المواقف التي يحتاج إليها فعلاً . كما ويضيف إلى أن هذه الفلسفة التي يتبناها المعلم ، تعمل كنظام قوي فعّال ويمكن الوثوق به في

٦- وضع القواعد لكل طالب وتعزيزه بشكل مناسب .
٧- تأسيس الروتين بطرق واضحة والتعرف على التوقعات الصفية وكيف يتم مقابلتها .
٨- أعط تعليمات واضحة ومحددة .

وأيضا علينا ان نتعمق بعض الشيء ، في الطرق والاستراتيجيات التي من شأنها أن تخدم المعلم ، في عملية ضبط السلوك والنجاح في إدارة الصف ، وبالأخص الاستراتيجيات الوقائية .

الاستراتيجيات الوقائية (Prevention Strategies) :

في دراسة قام بها مايلس وسمبسون (Myles and Simpson, 1994) حول الوقاية من سلوكيات العنف والعدوانية عند أولاد المدارس ، خاصة الأحداث منهم؛ وجدا أن إنشاء علاقة إيجابية مع الطلاب ، يساعد على التقليل من انتشار المشاكل السلوكية المتوقعة . حيث يقترحان أن يبدي المعلمون مواقفاً تدل فعلاً على الاهتمام والرعاية من طرفهم تجاه طلابهم ، وخاصة مع الطلاب الذين يعانون من المشاكل السلوكية أو صعوبات التعلم . هذا ويؤكد الباحثان على أهمية قيام المعلم بتعليم طلابه المهارات ، التي تساعد على حل الصراعات والخروج من المآزق الطارئة ، ومعالجة مواقف الغضب والإحباط ، بالطرق التربوية المثلى على قدر الإمكان ، وذلك من خلال إعطاء النماذج التي تساعدهم . إذ أنه من الهام بمكان ، أن يقتنع الطلاب أن هناك بدائل ناجحة لمعالجة الظروف الصعبة (Myles and Simpson, 1994) .

تشير الدراسات إلى أن تعليم الطلاب ، وتدريبهم على مهارات التعبير عن انفعالاتهم وغضبهم ، بطريقة اجتماعية مقبولة ، قد تساهم بشكل كبير في التقليل من السلوكيات غير الاجتماعية (الخطيب ، ١٩٩٥) . كما ويشير الخطيب (١٩٩٥) إلى بعض النقاط المقترحة من قبل Sallis لتدريب الأطفال على تعلم سلوكيات اجتماعية مقبولة لمواجهة المواقف المحبطة ، ومنها :

إعطاء التعليمات والتدريبات اللفظية والتوجيه الجسدي- إذا لزم ذلك- لتعليم الطفل وسائل التفاعل الاجتماعي .

كما وأن النمذجة (Modeling) التي يقوم بها المعلم تساهم في تقريب الوسيلة والأسلوب للطالب .

الممارسة السلوكية من خلال لعب الأدوار (Role- playing) تتيح الفرصة للطفل للتعلم من خلال مشاهدته للآخرين عندما ينفذون السلوك ، وكذلك من تجربته عندما يقوم بالتمثيل .

- الألم الذي يسببه الأولاد الذين يقومون بالمشاكل السلوكية للآخرين ، لن يكون أبداً أعظم من الألم الذي يشعرون فيه هم أنفسهم . فالسلوكيات السيئة التي يرتكبها هؤلاء الأطفال ، نابعة عادة من إحساسهم بالألم ؛ بسبب الخوف والعزلة اللتان يمران بهما ورفض الآخرين لهم (لافوي، ١٩٩٧) .

أهم الاستراتيجيات العامة التي يمكن أن يتخذها المعلم :

أولاً : بناء بيئة إيجابية داعمة :

(Establish a positive and supportive climate)

عملية ضبط الطلاب وإدارة سلوكهم ، تتطلب توجهات تربوية واضحة ، تراعي احتياجات الأطفال الأساسية للتعبير عن أنفسهم ومشاكلهم . ومن إحدى هذه التوجهات الأساسية ، التوجه الذي يؤكد على خلق بيئة تربوية إيجابية وداعمة . حيث يعتمد هذا التوجه على استعمال المحفزات الخاصة والدقيقة مع الطالب ، كوسيلة للمعززات الإيجابية ، سواء أكانت لفظية أم كتابية ، أو أمام الطلاب الآخرين أو بشكل فردي ، واحد لواحد (Smith & Rivera, 1995) . سميث وريفيرا (١٩٩٥) يقترحان أن يستخدم التعزيز الإيجابي الخاص في كل مرة يظهر فيها السلوك المقصود تقويته . ثم لاحقا كلّما أظهر الطالب محاولة لتكرار السلوك المرغوب كمحاولة منه للتعلم ، يمكن عندها تعزيزه لمرات إضافية على ثباته في القيام بذلك السلوك . ولكن في المرات القادمة التي يتكرر فيها السلوك ، يمكن التقليل تدريجيا من التعزيز الإيجابي ، وذلك عن طريق إعطاء معززات أقل عدداً وفي أوقات أكثر تباعداً . هذا النوع من التعزيز يساعد الطالب على معرفة السلوكيات التي يمكن أن تحظى برضى الآخرين ويقوم بتكرارها . كما وأن قيام الطالب بأداء السلوكيات المرغوبة ، يساعد الطلاب الآخرين على تقليده ، كمحاولة للتعلم أو الحصول على ثناء المعلم .

حسب سميث وريفيرا (١٩٩٥) أن ما يميز هذا النوع من التعزيز الخاص ، هو أهميته بالنسبة للطفل لأنه يعطى له على أداء سلوك خاص أو تنفيذ مهمة محددة يقوم بها ، وليس بشكل عام . مثلاً ، عبارة "سعيد ، أشكرك على انتظارك لبقية زملائك حتى ينهوا مهمتهم قبل أن تذهب لبري قلمك"؛ ليست بالضبط مثلاً ، كعبارة "شكراً لك يا سعيد ، لقد قمت بعمل جيد" . فبالرغم من التوجه الإيجابي في كلا العبارتين ، الاّ أنّ هناك فرق واضح ما بين العبارة الأولى الواضحة والخاصة والمحددة ، مقارنة مع العبارة الثانية العامة وغير الدقيقة . لذلك تعتبر العبارة الأولى فعّالة وواضحة ومفهومة من قبل الطفل ، وبالتالي ينصح باستخدامها أكثر .

جميع المواقف الصعبة . مثلاً ، يمكن تبني التوجه السلوكي كفلسفة عمل تربوية توجهه في حالة ظهور المشاكل السلوكية ، وكذلك عند التخطيط للبرامج التعليمية المختلفة . فإذا قام المعلم باختيار فلسفته ، يمكن عندها العمل على الاضطلاع على جوانبها المختلفة ، والطرق التي تعمل من خلالها ، وكيفية توظيفها في المجالات التربوية . . وباختصار ، أن يعمل المعلم على التمسك بها وينميها في جوانب شخصيته ، حتى ترسخ في ذهنه وسلوكياته اليومية (لافوي ، ١٩٩٧) .

يقترح لافوي (١٩٩٧) بعض الافتراضات الفلسفية ، التي يمكن أن يتخذها المعلم كتوجهات تربوية ، تقوده في تعامله مع المشاكل السلوكية للأطفال ، ومن هذه الافتراضات :

- أن يفترض المعلم أنه لا يتعامل مع إعاقة الأولاد ، بل مع الأولاد أولاً ثم مع إعاقتهم . هذه العبارة تعني ، أنّ الطلاب أولاً وقبل كل شيء هم أطفال ، لديهم نفس الحقوق والواجبات والاحتياجات والمشاعر والمخاوف ، كبقية الأطفال على وجه الأرض . لذا يجب على المعلم أن لا ينسى هذه المسألة ، وأن لا يحرمهم حقهم في أن يعيشوا طفولتهم على قدر الإمكان .
- إنّ أي طفل يفضّل أن يُطلَق عليه ولد سيئ BAD Kid بدلا من أن يطلق عليه "ولد غبي" DUMB Kid . حيث تعتبر هذه النقطة صحيحة في العديد من المواقف مع الأطفال ، خاصة مع المراهقين منهم . حيث تشير الدراسات إلى أن الطلاب يحبذون أن يطلق عليهم بالمشاغبين والفوضويين وغير المطيعين ، بدلاً من أن يظهروا أمام زملائهم وكأنهم أغبياء . إذ أنّ المفتاح لإدارة السلوك الناجحة يتوقف على فهم المعلم لتلك النقطة ، وبالتالي تجنب إقحام الطالب لتلك الأوضاع المحرجة والمهينة .
- التغذية الراجعة الإيجابية- التي يزودها المعلم للطالب- تغير السلوك ، بينما تعمل التغذية الراجعة السلبية على إيقاف سلوك الطفل . إذ أن المعلم الذي يعنف أو يوبخ الطالب على قضم أظافره في الصف ، سيؤدي هذا على الأغلب إلى إيقاف السلوك لتلك الحصة . لكنه لن يضمن امتناع الطالب عن القيام بالسلوك مجدداً؛ لأنه لم يوفر له البديل . بينما إذا قام المعلم بتشجيع الطالب ، من خلال مدحه وتعزيزه على قيامه بسلوك ايجابي آخر؛ فإن هذا سيدفعه إلى تكراره ، وبالتالي قد يبعده عن السلوكيات غير المرغوبة .
- منافسة الطفل ، يجب أن تكون مع أفضل أداء وصل إليه ، والذي يمكن أن يميّزه المعلم ، وليس مع أفضل أداء يتوقعه المعلم بناء على أداء متوسط المجموعة التي ينتمي إليها الطالب .

الطالب ، على سبيل المثال ، على التأثير على الطرف الآخر أي المعلم ، فإن هذا يعني أن التفاعل كان سلبياً من طرف الطالب ومن طرف المعلم أيضاً . من جهة أخرى ، فإن التفاعل التبادلي (Reciprocal Interaction) يوصف بأنه محاولة إيجابية متبادلة للتفاعل الاجتماعي ، بين طرفي التفاعل . في هذا النمط من التفاعل ، يعمل السلوك الإيجابي لأحد الطرفين على تعزيز السلوك الإيجابي للطرف الثاني؛ الأمر الذي يؤدي إلى زيادة احتمالية حدوث هذا التفاعل الإيجابي في المرات المقبلة .

يذكر الباحثون شورز وآخرون (١٩٩٣) المثالين التاليين ، لتوضيح النمط السلوكي الذي يميز كل تفاعل :

التفاعل القهري (Coercive Interaction) :

المعلم : " جمي (Jimmy) ، أنت بحاجة لإكمال التمرين من صفحة ٥ حتى صفحة ١٠ ".

جمي : " أنا لا أستطيع القيام بكل ذلك . أنت دوماً تعطيني مهمات أكثر من الجميع! أنا لن أعمل ذلك التمرين!"

المعلم : " إذا لم تقم بعمل ذلك فسوف أضع إشارة ناقص (-) لجانب اسمك على اللوح ، وسوف تخسر الاستراحة ".

جمي : ينهي المهمة المطلوبة . من الواضح هنا أن هذا النوع من التفاعل القهري ليس إيجابيا ، حتى وان أدى إلى النتيجة التي أرادها المعلم في تلك اللحظة . المشكلة في هذا النوع من التفاعل ، أن سلوك الطالب السلبي تم تعزيزه من قبل المعلم ، وبالتالي فإنه سيظهر لاحقاً وبأشكال أخرى؛ لأن الطالب ما زال يتلقى التهديد والوعيد ، ولم يحظ بعد بالتعزيز الإيجابي أو المكافأة . وعلى العكس من ذلك يعمل التفاعل التبادلي ، فهو تجربة إيجابي لكلا الطرفين ، كما يوضحه المثال التالي :

التفاعل التبادلي (Reciprocal Interaction) :

المعلم : " جمي (Jimmy) ، أنت بحاجة لإكمال التمرين من صفحة ٥ حتى صفحة ١٠ ." جمي : يبدأ بالعمل .

المعلم : "هذا رائع . سوف تنه مهمتك في الوقت وستحصل أيضاً على ٥ دقائق إضافية للاستراحة ." (شورز وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص٩) .

إضافة إلى الدراسات التي ذكرت ، بخصوص أهمية التعزيز المحدد والخاص ، هناك دراسات أخرى تؤكد نفس الاستنتاجات وتدعمها . حيث أن النتائج التي توصل إليها الباحثون مارتيلا ومارشاند – مارتيلا وميلر (Martella, Marchand-Martella and Miller, 1995) نتيجة التجربة التي أجروها على مجموعة من الطلاب ، تفيد بأن الوسائل والاستراتيجيات التي يستخدمها المعلم ، أثناء إجراء عملية التعليم ، من خلال المحافظة على صوت مريح أو محايد؛ كردة فعل على تنفيذ الطالب للسلوك المطلوب ، تساعد على تخفيف الطلاب للسلوكيات غير المقبولة اجتماعياً داخل الصف . مثلاً استخدام عبارة : 'عمل حسن أن تعلق معطفك على العلاقة يا أحمد' عوضاً عن عبارة : 'عمل حسن يا أحمد' ، تعتبر بالتأكيد مباشرة وتساعد الطفل على فهم السلوك المتوقع منه في المرات القادمة .

وقد أشارت الدراسة إلى أن نسبة انصياع التلاميذ للتعليمات ، التي يوجهها المعلمين ، قد تحسنت من نسبة ٣٩% كمتوسط لخط القاعدة (Baseline) قبل البدء في الدراسة ، لمتوسط ٧٣% في نهاية التجربة؛ وذلك نتيجة استخدام المعلمات للتعزيزات الموجهة وبعد تلقي الطلاب للتدريبات اللازمة للقيام بالسلوكيات المرغوبة . إضافة إلى ذلك ، فإن عدد المرات التي كرر فيها الطلاب السلوكيات الفوضوية والازعاجات ، قد قلّت من نسبة متوسط ٥٠٠ ازعاجات في الدقيقة الواحدة عند فحص متوسط خط القاعدة ، لنسبة متوسط ٣٠٠ إزعاجات في الدقيقة الواحدة ، بعد أن حصلوا على التدريب والإرشاد . وقد انخفض السلوك الفوضوي المشوش (Disruptive Behavior) من خمس مرات أسبوعياً بالمعدل عند خط القاعدة ، لمعدل أقل من مرة واحدة (وللدقة أكثر نسبة ٣٢٠) وذلك خلال فترة توفير التدريب والمساعدة للطلاب؛ ومتوسط (صفر) بعد انتهاء التدخل الذي استمر ٥٥ أسبوعاً . لقد اتضح من تلك الدراسة أن هناك انخفاض كبير وملحوظ ، على مستوى السلوكيات السلبية التي يقوم بها الطلاب (Martella, Marchand-Martella and Miller, 1995) .

يقترح الباحثون شورز ، جانتر وجاك (Shores, Gunter, and Jack, 1993) نوعا آخراً من التعزيز الإيجابي . حيث تطرقوا لنموذج يعتمد على نظرية التفاعل التبادلي– مقابل القهري (Reciprocal/Coercive Interaction) ، حيث أن التفاعل التبادلي له تأثير إيجابي أقوى من التفاعل القهري . إذ ينص هذا النموذج على أن التفاعل القهري (Coercive Interaction) يحدث عندما يقوم أحد الطرفين بسلوك منفر ، بهدف التهرب من التفاعل السلبي/العقاب ، أو من أجل الحصول على التعزيز الإيجابي . ولتوضيح الفكرة أكثر ، نفترض أن الطرف الأول هو الطالب والطرف الثاني هو المعلم ، فإذا نجح السلوك المزعج الذي يقوم به

الطريقة التي ينظم فيها المعلم قاعة صفه ، تعمل على تغيير سلوك الأطفال للأفضل . فهي تقترح مثلاً ، أن يكون ترتيب المقاعد ودروج الطلاب بطريقة تقلل احتكاك الطلاب في الخزائن والرفوف ؛ وكذلك أن تكون بعيدة- على قدر الإمكان- عن الأبواب والنوافذ . هذا من شأنه أن يقلل من المشتتات الجانبية الخارجية الممكنة ، وبالتالي يساعد الطلاب على التركيز في مهماتهم التعليمية بشكل أفضل . كما وأنه من المفضل ترتيب أماكن الوسائل التعليمية وأدوات القرطاسية ، حسب نسبة وطريقة استعمالها من قبل المعلم أو الطلاب . فالأدوات والوسائل التي يستعملها المعلم بكثرة ، يجب وضعها قريباً من متناول اليد؛ بينما يتم إبعاد الوسائل غير المهمة أو قليلة الاستخدام عن متناول الطلاب ، حتى تمنعهم من الاحتكاك .

إضافة إلى الملاحظات التي أشارت إليها غويرنزي (Guernsey, 1989) في دراستها ، فقد ذكر شورز وآخرون (١٩٩٣) ملاحظات شبيهة حول البيئة الصفية . إذ أنهم لاحظوا من خلال الدراسة التي قاموا بها ، أن ترك مسافات أكبر بين الطلاب؛ يؤدي إلى التقليل من حدوث السلوكيات المزعجة والفوضى داخل الصف ، ويزيد من نسبة تركيز المعلم وانتباهه إلى طلابه . هذا الوضع ، أي اقتراب الطلاب إلى بعضهم البعض بشكل كبير ، يؤدي على ما يبدو ، إلى تشتتهم؛ بسبب صعوبة تركيز انتباههم في شرح المعلم ، وإيلاء الانتباه إلى ما يدور حولهم من إزعاج زملائهم في آن واحد .

سميث وريفيرا (١٩٩٥) أيضاً وجدا أن تنظيم بيئة الصف له لأهمية كبيرة ، فيما يختص بعملية ضبط سلوك الطلاب . فقد لاحظا أن أماكن الازدحام داخل الصف"High traffic areas" تعتبر فرصاً جيدة لتوفير جو الفوضى والشغب . إذ يستطيع الطلاب في تلك الحالة ، التحدث بسهولة مع بعضهم البعض ، والمبادرة بالاتصال الجسدي ، وأن يثيروا الفوضى عندما يقومون ببري الأقلام أو أثناء التحرك بين المقاعد . وللتغلب على تلك المشكلة فهما يقترحان ، أن يعمل المعلم على أن تكون زوايا العمل بعيدة عن احتكاك الطلاب المتواصل ، وأن يوفر المعلم المزيد من المسافات بين الطلاب ، ويسهل عليهم الوصول إلى الزوايا المطلوبة دون اللجوء إلى الارتطام بالآخرين .

تقترح ستيفينز (Stevens, 1997) أن يعمل المعلم على إيجاد المكان المناسب (Finding the Right Spot) ، لإجلاس الطلاب الذين يعانون من صعوبات في الإصغاء والتركيز ، في أماكن مناسبة في الصف ، بحيث تقلل من نسبة تشتتهم . حسب تلك الاستراتيجية ، تنصح الباحثة أن يراعي المعلم عند إجلاسه لهؤلاء الطلاب ، أن يكونوا في الأماكن الأمامية للصف؛ لأنها تقلل من نسبة رؤيتهم لزملائهم الآخرين وانشغالهم في أمور تافهة

هذا النوع من التفاعل التبادلي ، يؤدي إلى نتائج إيجابية محتمة . فهو عبارة عن ربح لكلا الطرفين ، إذ يربح الطالب من خلال إنهائه لمهمته وبالتالي تعلمه ، وأيضاً حصوله على خمس دقائق إضافية للاستراحة . من جهة أخرى ، يربح المعلم بفضل توفير فرصة التعلم للطالب الذي ينهي مهمته بالوقت ، وكذلك يضمن المحافظة على الهدوء ، وعدم إقحام الطالب للقيام بالسلوكيات المزعجة . في تلك الحالة ، يحصل المعلم على نتيجة مرضية ، تضمن استمرارية التعلم من جهة ، وكذلك تقلل من نسبة حدوث إزعاجات متوقعة في المستقبل .

تشير روفي وأوريردان (Roffey, and O'Reirdan, 1997) في دراستهما ، إلى أهمية أخذ احتياجات الأطفال وظروفهم الخاصة بهم ، بعين الاعتبار عند التخطيط للمهمات التعليمية ، على مختلف أشكالها ومستويات صعوبتها . حيث تؤكدان أن الطلاب الذين يستصعبون الاندماج بالفعاليات التربوية اليومية ، بسبب قدراتهم الضعيفة على التركيز ، أو الفهم ، أو كثرة الإحباطات التي يمرون بها نتيجة الفشل المتواصل؛ فانهم لا يولون المعلمة أي لنتباه حقيقي ، وقد يتورطون بالقيام بسلوكيات غير مقبولة ، الأمر الذي قد يؤدي إلى مراقبتهم من قبل المعلم . إذ عل المعلم الذي ينوي فعلا ، أن يحافظ على أكبر قدر ممكن من التعاون من قبل طلاب ، وأقل نسبة ممكنة من السلوكيات الفوضوية أو السلبية؛ أن يأخذ بعض النقاط الهامة ، كما يوردها روفي وأوريردان (١٩٩٧) بعين الاعتبار . حيث يذكران المؤلفان أنّ احتمالات تعاون الأطفال تكون أكبر عندما :

لا يكون الطفل مرهقا ، أو مريضا ، أو متلهفا لشيء معين .

يفهم تماما ما هو المطلوب منه .

تتوفر لديه المهارة المناسبة ، للقيام بما هو مطلوب منه .

يشعر بالمتعة لتنفيذ ما هو مطلوب منه .

يحصل على رضا الذات بسبب الانصياع للأوامر .

يشعر أنّ النظام التربوي في المدرسة عادلا ، ويعمل على توفير فرص متساوية للجميع .

يشعر بدعم أصدقائه وأسرته له .

تكون هناك متابعة ومثابرة ، في طريقة معاملته من قبل المسؤولين (روفي وأوريردان ، ١٩٩٧) .

ثانياً : تنظيم الصف (Classroom Arrangement) :

تشير الأبحاث إلى أهمية إعداد وتنظيم قاعة الصف ، بما لذلك من نتائج قوية في إدارة وضبط سلوكيات الطلاب السلبية . إذ تذكر غويرنزي (Guernsey, 1989) في دراستها ، أن

أشارت أيضاً الدراسة التي قام بها انجلرت ، تارانت ومارج (Engirt, Tarrant and Mariage, 1992) إلى أهمية بناء القوانين الصفية ، خاصة في إطار التربية الخاصة . فقد نوّه الباحثون إلى التأثير الكبير الذي تتركه القوانين التي يبنيها المعلم ، في مطلع العام الدراسي ، على سلوك الأولاد ذوي الاحتياجات الخاصة . كما أنهم يقترحون أن لا يكتفي المعلم ببناء قوانين للسلوكيات المقبولة فقط؛ بل أيضاً للأنشطة والفعاليات غير التعليمية . كما يجب أن يتم مناقشة تلك القوانين بشكل جماعي ، وتذكير الطلاب بها باستمرار ، والقيام بالتدرب عليها داخل الصف ، مع توضيح النتائج المتوقعة من عدم الالتزام أو القيام بها .

أمثلة على القوانين الصفيّة :

- اصغ لزميلك عندما يتكلم .
- كن جالساً في مقعدك عندما يقرع الجرس .
- اتبع التعليمات (أو اتبع تعليمات المعلم / المعلمة) .
- ارفع يدك (إصبعك) قبل البدء بالحديث .
- استخدم أغراض زملائك فقط بعد استئذانهم .
- ابق في مكانك حتى تنهي مهمتك .

رابعاً : إدارة الأعمال المقعدية (Seatwork Management) :

عندما يبدأ الطلاب العمل على تنفيذ تدريبات ، أو مهمات صفية داخل الطاولة أو المقعد ، تبدأ الفوضى بشكل طبيعي . الأمر الذي يتطلب بناء قوانين وإجراءات تبين كيفية التصرف في تلك المواقف . وقد أشارت الدراسة التي قم بها إنجلرت وآخرون (١٩٩٢) إلى أهمية إدارة المعلم للنشاطات والتمارين التي يقوم بها الطالب في مقعده . فهم يؤكدون أنه إذا عمل المعلم على مراقبة نشاطات الطلاب المقعدية بحذر ، فإن ذلك سيضمن بقاء الطالب مركزاً في مهمته ، وبالتالي يؤدي إلى إدارة جيدة للصف . فالاستراتيجيات التي يطبقها المعلم على مستوى الإدارة المقعدية ، تتطلب منه القيام بالتجول بين الطلاب بشكل طبيعي ، وأن يعمل على مساعدة الطلاب الذين يستصعبون في حل تمارينهم؛ والتأكد من أن الفعاليات التي يقوم بها الطالب تخدم الأهداف التعليمية المراد تحقيقها . هذا السلوك من جانب المعلم . يساهم بشكل مباشر في زيادة نسبة إنتاجية الطالب التعليمية من جهة؛ ويؤدي أيضاً إلى زيادة سيطرة المعلم على ضبط الصف (إنجلرت وآخرون ،١٩٩٢) .

من جهة ، وتزيد من نسبة تركيزهم في مهماتهم التعليمية من جهة أخرى . كما وتنصح بإجلاس الطالب الذي يعاني من الحركة الزائدة في المقاعد الخلفية؛ لأنه عادة يقوم بسلوكيات بهلوانية وحركات كثيرة غير موجهة تلفت انتباه الطلاب الآخرين الأمر الذي يؤدي إلى تشتتهم . من ناحية أخرى ، يؤدي اجلاس الطالب في الجهة الخلفية إلى إتاحة الفرصة له بالتحرك والتنقل بحرية في المنطقة التي يحددها المعلم معه مسبقاً ، بعد أن يقر بحاجته لذلك (ستيفينز ، ١٩٩٧) .

ثالثاً : وضع القوانين (Setting Rules) :

تعتبر القوانين الصفية من الدعائم الأساسية للإدارة الناجحة في العملية التربوية . إذ يؤكدا سميث وريفيرا (١٩٩٥) على أهمية توضيح التوقعات والقوانين ، التي يبنيها المعلم مع طلابه ، بشكل قاطع لا مجال للشك فيها . يجب على المعلم أن يوضح لطلابه ومنذ بداية السنة ، ما هي السلوكيات المقبولة المتوقع منهم تنفيذها ، والسلوكيات غير المقبولة التي يجب عليهم تجنبها . فالطلاب يحتاجون إلى القوانين الصفية الواضحة؛ لأنها تزودهم بالمعايير اللازمة للسلوكيات المقبولة اجتماعياً .

تشير الدراسات إلى أن هناك عوامل هامة ، يجب على المعلم أن يأخذها بعين الاعتبار ، عند القيام ببناء قوانين صفية ، ومن هذه العوامل :

أن تكون القوانين قليلة العدد . والعدد الملائم للقوانين الصفية في المرحلة الابتدائية ، عادة يتراوح ما بين ٤ إلى ٦ قوانين .

أن تكون القوانين واضحة وسهلة الفهم .

أن تحتوي القوانين على "مطلب واحد" فقط في كل قانون .

من المحبذ صياغة القوانين بطريقة إيجابية لغوياً ، أي الامتناع على قدر الإمكان عن استخدام قوانين تبدأ بكلمات مثل ، ممنوع ، أو لا تفعل . .الخ .

من المهم أن يقوم المعلم بتعليق القوانين أمام الطلاب ، بعد أن يكون قد كتبها على لوحة كبيرة وبخط كبير وواضح .

العمل على متابعة القوانين بشكل متواصل وبدون تمييز حتى يتم تثبيتها عند الطلاب .

العمل على صياغة القوانين بلغة بسيطة ، مباشرة وسهلة المتابعة .

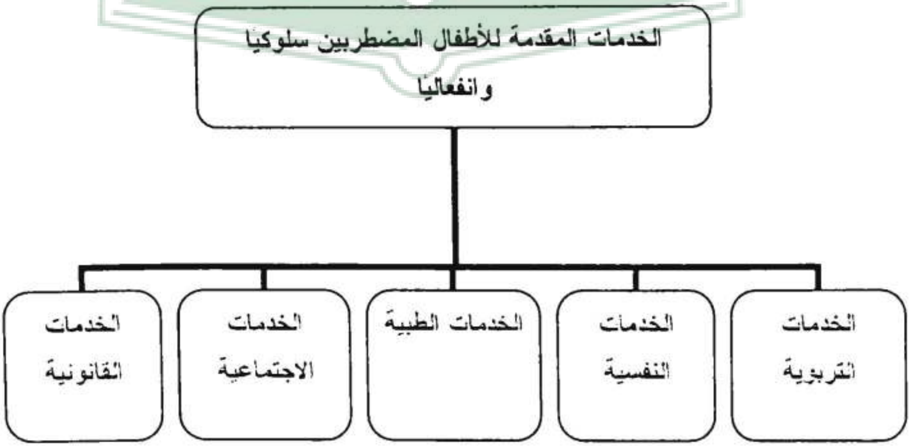
أن يوفر المعلم لطلابه فرصة التدرب على تلك القوانين (سميث وريفيرا ، ١٩٩٥؛ شورز وآخرون ، ١٩٩٣) .

إلى تجاهلهم أو معاقبتهم . فهؤلاء الأولاد بحاجة إلى من يساعدهم في تنظيم أفكارهم ، وتوفير الطرق المفيدة لترتيب حاجياتهم ، وأيضاً تزويدهم بالمهارات الفعّالة لتجنب إطالة وقت تنفيذ المهمات ، وإضاعة الوقت قبل لبدء بها .

تذكر روفي وأوريردان (Roffey, and O'Reirdan, 1997) في دراستهما ، أهمية قيام المعلم بتنفيذ إجراءات يومية تعمل على تعويد الطلاب على السلوكيات اليومية المتوقعة منهم . إذ أن القيام بتنفيذ روتين صفي دائم ، يساعد الطلاب على اتباع التعليمات والعمل حسب توقعات المعلم ، وأيضاً يزيل البلبلة لديهم . كما وتقترحان بعض النقاط ، التي من المحبذ أن يأخذها المعلم بعين الاعتبار ، عند القيام ببناء روتين وقوانين صفيّة ، ومنها النقاط التالية :

- إجراءات وقوانين تتعلق بكيفية استخدام المواد في داخل وخارج غرف الصف .
- إجراءات لبداية ونهاية اليوم الدراسي ، أو لبداية ونهاية الحصة .
- قوانين العمل في المهمات الفردية في المقعد وكذلك الفعاليات التي يبادر فيها المعلم .
- إجراءات وقوانين تتعلق بالمهمات الجماعية وخاصة المجموعات الصغيرة .
- إجراءات عامة أو خاصة تتعلق بالوضع الخاص لكل صف (روفي وأوريردان ، ١٩٩٧) .

ثانياً : أهم أنواع الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا :



عندما يعمل المعلم على شرح وتوضيح ما هو المطلوب من طلابه بدقة ، ويبين لهم أهمية المهام والواجبات التي يجب أن يقوموا بها والأسباب من وراء تنفيذها؛ ويفحص مدى فهمهم للتأكد من عدم وجود أشياء مبهمة وذلك من خلال طرح أسئلة ، ماذا ، لماذا ، كيف ومتى؛ ويعمل على إعطاء النماذج الملائمة لتنفيذ التمارين؛ فإن هذا سيساعده على إدارة أفضل لطلابه . كما وأن المعلم الذي يزود الطلاب بالتغذية الراجعة (Feedback) اللازمة لطلابه ، ويوظف وقت تمرير مادة الدرس بشكل فعّال ، ويعمل على إدخال وسائل التعليم البديلة كالعمل في مجموعات؛ فإن ذلك سيدعم- بلا شك قدرته على إدارة الصف وضبط الطلاب (إنجلرت وآخرون ،١٩٩) . أنه لمن الواضح أن المعلم الذي يحافظ على إشغال الطلاب بشكل دائم ، من خلال إعطائهم مهمات تعليمية مثيرة وعملية ، ولها أهداف مناسبة لاحتياجاتهم وقريبة من عالمهم؛ فإن هذا سيحافظ على بقائهم في مقاعدهم ، ويخفف من نسبة إحداثهم للفوضى وقيامهم بالسلوكيات السلبية غير المقبولة .

تضيف ستيفينز (١٩٩٧) بعض الاستراتيجيات التي تساهم بشكل كبير ، في عملية بقاء الطالب الذي يعاني من مشاكل في التركيز والحركة الزائدة ، مركزاً في مهمته ، وتعمل على دعم عملية تعلمه . حيث تقترح أن يعمل المعلم على اختيار زميل/جار مناسب (The Good Neighbor) ليجلس إلى جانب الطالب المعني ، لكي يساعده في البدء في التمارين ، وفي الإجابة على أسئلته المتعلقة- عادة- برقم الصفحة ، أو بما هو المطلوب من السؤال ، وما هذه الكلمة . .الخ ، . كما ويسمح لهما بالتحدث بشكل طبيعي ، ولكن في الأوقات المسموحة وبصوت منخفض على قدر الإمكان . عندما يعمل المعلم على اختيار الطالب-الجار يجب أن يدربه على طريقة التعاون مع زميله ، ويوضح له ما هو مسموح وما هو ممنوع . كما ويعمل على تفسير الأمور بالطريقة نفسها للطالب الآخر حتى لا يتحول إلى اتكالي .

تقترح ستيفينز (١٩٩٧) أيضاً ، أن يعمل المعلم على معالجة مشاكل الفوضى وقلة الترتيب (Dealing with Disorganization) عند هؤلاء الطلاب ، أي الذين يعانون من اضطرابات في التركيز والحركة الزائدة والاندفاعية . بالنسبة لهؤلاء الطلاب ، كل تغيير بسيط في برنامج اليوم الدراسي ، يدفع العقل إلى التشتت بسرعة . ففي الوقت الذي يبدأ فيه طلاب الصف بالعمل على مهماتهم ، يكون هؤلاء الطلاب منشغلين في أشياء أخرى ، وقد فوتوا الفرصة لفهم المطلوب منهم . وفي الوقت الذي يبدعون في البحث عن كتابهم أو الدفتر المطلوب للقيام بالمهمات ، تبدأ رحلة الاكتشافات اللانهائية بسبب سهولة تشتتهم؛ الأمر الذي يؤدي في العديد من المواقف إلى إثارة الجدالات غير اللازمة بينهم وبين المعلم ، وبالطبع هذا يجر المعلم

٥-برامج المدرسة الخاصة ، حيث يوضع الطفل المضطرب هنا في مدرسة مصممة خصيصًا للأطفال المضطربين ، تتوفر فيها البرامج التي تغطي الحاجات الأساسية لهم .

٦-برامج المؤسسات ، وتمثل هذه البرامج البيئة الأكثر تقييدًا بالنسبة للمضطربين بحيث يحول الطفل المضطرب إلى المصحات العقلية ، ويتلقي الخدمات التربوية ، بالإضافة للخدمات المؤسسية الأخرى .

وفيما يلي عرض مفصل للخدمات والبرامج التربوية :

١-البرامج التي يقدمها معلم الصف العادي :

نجد أن الصف العادي المنتظم يوفر الإمكانيات الحقيقة لهذه البيئة الملائمة للمعاق والأقل تقيدا له ، لذلك فمعلم الصف العادي يجب أن يكون مدربًا على دمج الأطفال المضطربين في المدرسة العادية سواء بوجود الخدمات الداعمة من شخص مدرب أم بدونه ، وفيما يلي أربع طرق يستطيع معلم الصف العادي من خلالها التدخل لوضع برامج مناسبة للمضطربين .

(أ) الوقاية :

ربما تكون الوقاية من أكثر الوظائف الهامة بالنسبة للمعلم ، بحيث يستطيع المعلم توفير جو مناسب من الصحة النفسية في الصف العادي تسوده الإنتاجية والاستجابات المناسبة ، بحيث يساعد الأطفال على التعامل مع القلق والإحباط والسلوك اللاتكيفي والعدوان ، وتنخفض في هذه البرامج الحاجة لوجود متخصص لإجراء عملية التدخل .

(ب) الإحالة :

يعتبر المعلم أول من يكتشف حاجة الطفل لبرامج التدخل المتخصصة؛ حيث يصبح المعلم مع الخبرة ذا حساسية عالية في التعرف على مشاعر الطلبة وانفعالاتهم ، وبالتالي فإن هذا مهم جدًا للتعرف على الإجراءات المناسبة للقيام بعملية الإحالة ، بالإضافة لعملية القياس والتشخيص .

(ج) الخطة التربوية الفردية :

يجب أن يكون المعلم قادرًا على اتخاذ القرارات المناسبة لتعليم الطفل ، والتي تشمل اختيار البيئة المناسبة ، والبرنامج العلاجي المناسب ، مما يؤهله لوضع الخطة التربوية المناسبة لتعليم الطفل واشتقاق الأهداف التعليمية له .

أولاً : الخدمات التربوية :

تعتبر من أهم الخدمات التي يجب تقديمها للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا ، وذلك للآثار التي يتركها الاضطراب على قدرات الطلبة التعليمية والتحصيلية .

المرتكزات والأفكار الرنيسية في الخدمات التربوية :

١-تعتبر ظاهرة تربية الأطفال المضطربين وتعليمهم ظاهرة حديثة نسبيًا .

٢-تعتبر مجموعة البرامج والخدمات التي تحددها الأنظمة والتشريعات القانونية مناسبة للأطفال المضطربين .

٣-يزود الأطفال المضطربين ببعض الخدمات في غرفة الصف مع توفير الدعم النفسي والاجتماعي .

٤-قد يحول بعض الطلبة المضطربين إلى صفوف خاصة بدوام جزئي أو كلي .

٥-قد يحول بعض الأطفال المضطربين إلى المراكز النهارية .

٦-إن كثيرًا من البدائل التربوية من قبل المرشدين ، ومديري المدارس ، والوالدين ، قد تتضمن برامج تربوية للأطفال المضطربين .

٧-إن النشاطات التربوية المتنوعة مثل التخييم وفتح الصفوف الخاصة بالمضطربين قد تبرز أهمية تربية الأطفال المضطربين .

٨-يجب أن تؤخذ الحاجات الفردية بعين الاعتبار عند التخطيط لأي برنامج تربوي .

وهناك مدى واسع من الخدمات ، مناسب للمستويات المختلفة من الاضطراب بحيث توفر البيئة الأقل تقييدًا ، ومن البرامج والخدمات ما يلي :

١-الصف العادي المنتظم : يوضع فيه الأطفال والمضطربون مع العاديين تحت الإشراف المباشر من معلمين مؤهلين .

٢-الخدمات الداعمة ، وتتضمن خدمات الإرشاد والاستشارات النفسية ، من قبل شخص مدرب .

٣-برامج غرف المصادر .

٤-خدمات الصف الخاص ، حيث يوضع الأطفال بصفوف خاصة بالمضطربين ، مع تلقي البرامج التربوية والعلاجية مباشرة من شخص مؤهل ومدرب .

(ج) الانسحاب :

وهو من الاستجابات الأخرى التي تؤدي للاضطراب في الصف؛ حيث إنه من غير المناسب ترك الطلبة ينعزلون وينسحبون من المواقف الصفية ، مما يكون بعض المشاعر السلبية لديهم ، مما يؤثر على قدرتهم وقابليتهم للتعلم ، ومن الأسباب التي تساعد في انسحاب الطالب من المواقف الصفي الانطباعات والانفعالات السلبية مثل الخوف والغضب والفشل وللتغلب على الانسحاب يجب توفير الفرص المناسبة للمشاركة كذلك يجب إعطاء الفرص للطلبة للإجابة والسؤال بحرية تامة ، وتوفير الجو المناسب لاستجاباته بعيدًا عن النقد والعقاب النفسي والجسدي ، وتشجيعه المستمر على المشاركة والاندماج في نشاطات الصف ، ويمكن تحقيق ذلك في الصف العادي عن طريق تشكيل مجموعات العون الذاتي .

(د) الضجر والملل :

معظم الاستجابات والسلوكات اللاتكيفية بالنسبة للطلبة ، تكون نتيجة الشعور بالضجر والملل ، لأسباب متعددة ، منها : العقاب ، وكثرة الكلام ، وعدم التواصل مع المعلم ، مما يجعل الصف بيئة غير مناسبة للطفل ، لذلك لا بد من توفير أجواء الإثارة والتشويق في البيئة الصفية .

وهنا يكون المعلم مسؤولا عن توفير النشاطات المتنوعة والمشوقة والمرتبطة بحياة الطلبة واستخدام الفكاهة والمرح عندما يشعر الطلبة بالملل والضجر ، كما أن التنويع المستمر يعمل على التخلص من الملل والضجر .

(هـ) المقاومة والتمرد غير المقصود :

قد يحاول بعض الطلبة التمرد ومقاومة النشاطات الصفية ، مما يشكل لديهم كراهية للنظام الصفي ، لذلك فالمعلم الحكيم يجب أن يتفهم ويستوعب حاجات الطالب ، فمثل هذا التصرف قد يكون خارجًا عن طبيعة الطالب .

٢- خدمات الإحالة والتدخل :

يبدأ المعلم على الأغلب عملية الإحالة التي تؤدي إلى إعطاء الطالب التصنيف كمضطرب لذلك يسأل المعلم من قبل فريق المعالجة عن بعض المعلومات الأساسية المتعلقة به ، وذلك لكتابه الخطة التربوية الفردية ، والتي تتضمن التحصيل الأكاديمي للطالب ، والمهارات الاجتماعية والسلوكية ، وفيما يلي بعض الخطوات التي تساعد المعلم في أن يكون جزءًا من عملية الإحالة :

(د) التعاون والتنسيق في تقديم الخدمات :

حيث يتعاون فريق من الأخصائيين في وضع الخطة التربوية بالإضافة للمعلم والأهل .

الوقاية من المشكلات التي تحدث في الصف العادي :

من الأسباب الأكثر شيوعًا ، التي تؤدي للاضطراب في الصف العادي : الإحباط والفشل الأكاديمي ، والارتباك ، والانسحاب ، والعزلة ، وعدم الاتزان الانفعالي الداخلي ، وفيما يلي بعض الاستراتيجيات التي يستخدمها المعلم مع كل من الأسباب السابقة لتوفير الوقاية المناسبة ، ومنها :

(أ) الإحباط والفشل الأكاديمي :

من غير المناسب جدًا للطفل الذي يفشل في التحصيل الأكاديمي أن يبقي خارج النظام التربوي ، لأن الأطفال يكونون داخل النظام التربوي بشكل مقصود وليس اعتمادًا على مبدأ الفرص ، وبالتالي فإن تعرض بعض الطلبة للمهمات الأكاديمية الصعبة ، يسبب لهم الإحباط والفشل ، والطريقة الأفضل لتخفيض الفشل والإحباط لدى الطلبة ، هي إعطاؤهم مهمات تربوية ينجحون فيها وليس فقط في القدرات الفردية ، يلي ذلك المجالات المختلفة ، ويوجد حاليًا مدخلان لتفريد التعليم هما :

١- **المدخل الأول :** كل طفل يتلقي التعليم المناسب لقدراته ، واستعداداته ، والتفضيلات المناسبة له ، بحيث يقيم البرنامج التربوي بطريقة مناسبة لحاجات الطالب .

٢- **المدخل الثاني :** أن يسمح الصف العادي لكل طفل بأن يختار نوع النشاط الذي يناسب حاجاته الأساسية ومستواه .

(ب) الارتباك :

الأطفال الذين يكونون غير متأكدين من مدى أدائهم في الصف العادي ، والذين لا يلتزمون بقواعد المثابرة والتحصيل يكونون غير واثقين من أنفسهم ، وسرعان ما يرتبكون ومن الطرق المناسبة للتعامل مع هذه الحالة ، توفير مدى كبير من الوضوح في الأهداف والأساليب للطفل ، ومن الطرق المناسبة لتوفير الراحة النفسية في الصف ، إيجاد درجة من الوعي والإدارة لدى الطلبة للبيئة الصفية ، مما يساهم في قدرة الطالب على تنبؤ الأحداث الصفية عن طريق قواعد عامة للصف ، يتم توضيحها للطلبة عن طريق المواد المناقشة معهم خلال اليوم الدراسي .

داعمة في الصف العادي لتسهيل علم المعلم ومساعدته على التعامل بفعالية مع المشكلات التي تواجه هؤلاء الطلبة .

الخدمات المساندة والداعمة :

تتكون الخدمات المساندة مما يلي :

(أ) خدمات التشخيص :

في بعض الأحيان يكون وجود المتخصصين ضروريًا بالنسبة للمعلم العادي لتزويده ببعض المعلومات عن التشخيص ، والتي يمكن أن يستخدمها في وضع البرنامج التربوي ، وتتضمن جمع البيانات عن السلوك ، والقيام بالقياس الرسمي وغير الرسمي لقدرات الطلبة ، وهذا يساعد المعلم على المشاركة مع الفريق المعالج الذي يعمل على كتابة الخطة التربوية الفردية .

(ب) خدمات الاستشارة الفنية :

وهنا يجب وضع معلم تربية خاصة لمساعدة المعلم العادي في التعامل مع المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المضطربون في الصف .

كذلك يساهم معلم التربية الخاصة في تطوير مهارات المعلم العادي ليتسنى له التعامل بفعالية مع الأطفال المضطربين في المدرسة العادية .

(ج) تعدد طرق التدخل :

طور العديد من طرق التدخل لتوفير الخدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتتضمن هذه الطرق الإرشاد التربوي والخطط العلاجية التي صممت لمساعدة الطفل المضطرب للبقاء في الصف العادي أطول وقت ممكن .

(د) الخدمات الوسيطية :

يعتبر معلم التربية الخاصة وسيطًا بين خدمات المدرسة العادية والخدمات الأخرى التي يقدمها المجتمع للأطفال المضطربين ، وبالتالي يعمل الوسيط على تنسيق الجهود بين المدرسة والمجتمع لتوفير الخدمات المناسبة لهم .

٤- الصف الخاص :

قد لا ينجح الطلبة المضطربين بالتكيف والاندماج في الصف العادي ، حتى مع تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية المساندة مع معلم التربية الخاصة ، وبالتالي فإن البديل التربوي

(أ) التوثيق في السجلات :

يجب على المعلم أن يكون قادرًا على توثيق الملاحظات حول الطالب في الموقف الصفي من حيث الاهتمامات والحاجات والقدرات ، لأن هذه المعلومات هامة للفريق الذي سيعمل مع الطفل ، كما أنها تساعد المعلم في اكتشاف الطرق المناسبة لمعالجة المشكلة أحيانًا دون اللجوء للإحالة .

(ب) التعرف على عملية الإحالة :

يجب على المعلم أن يكون مدركًا وواعيًا لعملية الإحالة وإجراءاتها المستخدمة في المدرسة والنظام التربوي ، والتي تتضمن الكشف ، والتقييم ، واختيار البيئة المناسبة للطفل ، وتقييم البرنامج المقدم للطفل المضطرب .

(ج) العمل على حل المشكلات أولاً :

يجب على المعلم أن يكون قادرًا على حل مشكلات الطفل قبل أن يبدأ في وضع البرنامج العلاجي ، وذلك عن طريق التعرف على المعلومات التفصيلية عن الطفل ، ووضع برامج تعديل السلوك المناسبة ، وتدريب الطفل على مهارات حل المشكلة .

(د) المشاركة الفعالة في عملية الكشف والتقييم :

يجب أن يكون المعلم عضوًا فعالاً في الفريق الذي يقوم بعملية الكشف وتقييم الطالب عن قرب في البرامج الصفية اليومية ، كونه أكثر أعضاء الفريق اتصالاً مع الطالب ، ويستطيع تزويد الفريق المختص بالمعلومات عن السلوك الصفي للطالب ومواطن القوة والضعف لديه ، وتحديد الحاجات الأساسية له ، ومدى تفاعله في علاقته مع زملائه .

(هـ) المشاركة الفعالة في كتابه الخطة التربوية :

يجب على المعلم أن يكون عضوًا فعالاً في الفريق الذي يضع الخطة التربوية ، لأنه يسهم في وضع الأهداف التربوية والسلوكية المختلفة للطفل ، كما أنه يوضح بعض المعلومات الهامة لفريق الأخصائيين المعالج .

٣- الخدمات الداعمة المتخصصة :

أحد التوجهات الهامة في مجال التربية الخاصة هو التعاون والتنسيق الوثيق بين برامج التربية الخاصة وبرامج التربية العادية ، وهذا الاتجاه جاء نتيجة للقانون الذي نادي بتوفير البيئة الأقل تقييدًا بالنسبة للمعاقين والمشابهة لبيئة الأطفال العاديين ، وهذا التوجه يعني توفير خدمات

٥- المدرسة الخاصة :

المدارس الخاصة بالمضطربين قد تكون مناسبة أحيانًا أكثر من المدارس العامة ، لأنها تقدم لهم خدمات وتسهيلات غير متوفرة في المدرسة العادية ، وبخاصة لذوي الاضطرابات الشديدة ، ولكن من سلبيات العزل – الذي تمثله المدرسة الخاصة – الوجوم والانسحاب وضعف التفاعل الاجتماعي مع الأطفال العاديين؛ حيث تشكل هذه السلبيات نوعًا من عدم التوازن لهذا البرنامج .

الخدمات التي تقدمها المدرسة الخاصة :

- ضبط البيئة وتقييدها ، إذ يجب أن تصمم المدرسة بحيث تناسب الأطفال المضطربين ، ويتضمن هذا توفير غرف خاصة تساهم في ضبط سلوك الطلبة المضطربين ، وتساهم في ملاحظتهم ، ومن هذه الغرف غرف الإرشاد والعزل ، وغرف الملاحظة ، وهناك ميل إلى أن يكون حجم الغرف في المدارس الخاصة بالمضطربين صغيرًا .
- توفير الكوادر المدربة والمصادر والأدوات المناسبة للأطفال المضطربين ، والذي يسهل عمل الفريق الذي يشرف على وضع البرنامج في المدرسة .
- الاستمرارية في تقديم الخدمات؛ حيث توفر درجة كبيرة من الخدمات الشاملة والمستمرة للأطفال المضطربين .
- توفير فريق العمل الدائم والمساند والمتفهم لحاجات الأطفال المضطربين ، والذين يعملون على مساعدة الأطفال على التخلص من القلق والإحباط .

فوائد المدارس الخاصة بالمضطربين :

١- يكون المعلمون أكثر فهمًا للمشكلات المختلفة الخاصة بالطلبة المضطربين وحاجاتهم الأساسية ، فيساعدونهم على التخلص من الشعور بالعزلة ، الذي يزيد الضغط النفسي لديهم .

٢- تكون المدرسة الخاصة المكان المناسب للتعامل مع بعض المشكلات المزمنة والمتكررة للأطفال المضطربين .

ويمكن أن تكون المدرسة الخاصة داخلية أو نهارية ، وفي الحالتين يقضي الأطفال في المدرسة جزءًا من وقتهم مع تلقي الخدمات التربوية مع المعلمين والمختصين عن طريق عمل مجموعات علاجية صغيرة ، بواسطة مرشد نفسي مدرب ، يساعد في ذلك فريق مدرب يدعي فريق الإشراف المنزلي أو المدرسي ، وتوضع خطة شاملة للعلاج لكل طفل في المدرسة بواسطة فريق العمل المدرب للقيام بهذه المهمة ، ويمثل التربويين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين .

المناسب لهؤلاء الطلبة هو صف التربية الخاصة الخاص بالأطفال المضطربين ، مع استخدام تكنيكات وطرق تعليمية مناسبة ، وللصف الخاص بعض الفوائد وخصوصًا في عملية تقديم الخدمات للمضطربين اضطرابًا شديدًا ، وإحدى هذه الفوائد هي عزلهم بشكل جزئي عن الأطفال العاديين ، لإعطائهم نوعًا من الراحة النفسية بعيدًا عن الجو العادي الذي قد يشكل أحيانًا بيئة ضاغطة عليهم .

وبالتالي يمكن تعميم الوضع في الصف العادي ، بحيث يكون المعلم قادرًا على ضبط البيئة المحيطة بالطلبة كونها بيئة علاجية ، يجب أن تناسبهم ، ويجب أن يتضمن المنهج بعض الجوانب الاجتماعية التي يجب أن تكون وثيقة الصلة بالحاجات الأساسية للطلبة المضطربين .

ويتكون الصف الخاص النموذجي للأطفال المضطربين من (٦ – ١٠) طلاب ، وهذا العدد القليل يسمح للمعلم بتزويد الطلبة بخدمات شاملة ومتكاملة ، كما يساعده في وضع برامج تدريسية أو علاجية تساهم في مساعدة الطفل بالاتصال مع الآخرين بسهولة ، كذلك في الصف الخاص يسمح للمعلم بإعطاء وقت أكبر للتدخل العلاجي ، بما يمكنه من تقديم برامج الخدمات المساندة بسهولة ، ويجب أن تكون البرامج المقدمة للأطفال المضطربين مناسبة لنمو الطلبة وللتغيرات التي تظهر عليهم نتيجة عوامل النمو؛ حيث إن هذه التغيرات وجدت في عدد من الصفوف الخاصة ، ومنها :

١- يسير البرنامج من الصلابة نحو المرونة؛ حيث إن كثيرًا من الخطط التربوية الفردية تكون صعبة التطبيق في البداية ، وعندما يصبح الطفل أكثر كفاءة تصبح أكثر مرونة .

٢- تساهم التغيرات في تكوين ضبط داخلي لدى الطفل بدلاً من الضبط الخارجي؛ حيث يعزز الطفل في البداية ، وتكون الخطة بإشراف مستمر من المعلمين ، ولكن الاستمرار في البرامج العلاجية يساعد الطفل على تكوين استجابات داخلية معلنة في بداية تكوين الضبط الداخلي لديه .

٣- الانطلاق من الأهداف قصيرة المدى إلى الأهداف طويلة المدى؛ حيث إن الطفل في البداية يخضع لنظام معين وساعة بعد أخرى ، وأحيانًا يومًا بعد يوم يسير الطفل باتجاه الهدف المخطط له في البرنامج .

الانتقال من العزل إلى الدمج؛ حيث إن تحقيق الأهداف في الصف الخاص يسارع في انتقال الطفل إلى برامج الدمج الأخرى ، وانتقاله إلى بيئة أقل تقييدًا تزوده ببعض حاجاته الأساسية التي تساعده على التكيف ، وتساهم في عودته للصف العادي المنتظم .

علاج الوالدين :

يجد الطبيب نفسه أحيانًا غير قادر على مساعدة الطفل المضطرب لسلبية الوالدين ، وعدم مساعدتهم له ، وعدم تشجيعهم له ، وقد يكون ذلك ناجمًا عن وجود مشكلات نفسية لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لابنهم .

وفي هذه الحالة لا بد من إدخال الوالدين في برنامج علاجي فردي أو جماعي ، لأنه من المهم جدًا أن يتجاوز الوالدان مشكلاتهما الخاصة قبل التعامل مع مشكلات أبنائهم .

العلاج النفسي الجماعي :

يوجد أساليب وطرق عديدة للعلاج النفسي الجماعي ، وهي :

١- الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية .

٢- مجموعات لعب وتبادل الأدوار .

ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريبه وحاجاته ، ومميزات أعضاء المجموعة المشاركة في البرنامج وأعمارها ، ويفضل أن يكون هناك تشابه في العمر ونوع المشكلة والخلفية الثقافية والاجتماعية في المجموعة العلاجية الواحدة .

العلاج العائلي :

يتم التعامل مع العائلة كمجموعة واحدة ، ويشجع كل عضو على التعبير عن مشاعره وآرائه حول المشكلة المطروحة للبحث ، ويكشف هذا العلاج عن العلاقات الأسرية المتوترة التي تسبب المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال ، لأن المشكلات العائلية تسبب سوء التكيف والعلاقات المتوترة داخل الأسرة مما ينعكس سلبًا على الأطفال .

العلاج المهني :

ويتم هذا النمط من العلاج عن طريق المشاركة الجماعية أو الفردية في النشاطات والمهمات اليدوية ، أو من خلال التدريب المهني للحالة العاطفية للمريض وعمره ، وحالته الجسدية ، واهتماماته ، وهنا يستفيد الفرد علاجيًا عن طريق القيام بالنشاط ، ولكونه تلقى ردود فعل إيجابية نتيجة لمشاركته مع الآخرين .

ومن الخدمات النفسية الأخرى المستخدمة مع الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا :

١- الخدمات النفسية الطارئة .

ثانيًا : الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي :

هناك عدد من البرامج والخدمات النفسية المفيدة في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين الذين يظهرون السلوك الفوضوي ، ومن هذه الخدمات :

a. المقابلات النفسية .
b. استخدام برامج تعديل السلوك .
c. لعب الدور .
d. السيكودراما .
e. الموسيقى .
f. الكتابة الإبداعية .
g. الفنون .

ويمكن تطبيق كل واحدة من هذه الطرق والأساليب من قبل معلم التربية الخاصة المدرب ، كما أن هناك بعض الأساليب التي يطبقها الأطباء والأخصائيون النفسيون منها :

العلاج النفسي :

ويتم العلاج النفسي عن طريق الوسائل النفسية من خلال الاتصال المباشر بين المعالج والمريض ، وهدفه تحسين التكيف عند الطفل المضطرب بواسطة تخفيض الأعراض المزعجة ، ومساعدة الطفل على التخلص من الصراعات والمشكلات الداخلية ، وقد تم استخدام العلاج النفسي بشكل ناجح مع الأطفال المضطربين ، وقد كان الأطفال الذين يتمتعون بقدرات عقلية أفضل ولديهم الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي أكثر استجابة للعلاج .

ويتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته بين المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة أهمها : عمر الطفل ، فالأطفال الأصغر عمرًا يكونون ميالين لتقليل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين ، أما الأطفال الأكبر عمرًا وبخاصة المراهقون ، فإن العكس هو الصحيح ، وعلى الرغم من أن معظم العلاج النفسي يتضمن الاتصال اللغوي والشفوي بين المريض والمعالج ، إلا أن هناك عددًا من الأساليب الخاصة المستخدمة مع الأطفال والمراهقين ، وهي : العلاج باستخدام اللعب والقصص الإبداعية ، والعلاج الفني الذي يشمل العلاج بالتصوير وعمل النماذج الطبية والموسيقى والرقص .

معلمين مختارين بعناية ، يدعمهم مستشارون من مراكز الصحة العقلية ، وتتراوح مدة البرنامج من شهرين إلى سنتين ، والهدف من إعادة التأهيل هو مساعدة الطفل والعائلة والمجتمع لإنجاز وضع يضمن الراحة والسلامة للأطراف كافة ، ويتم التركيز على هذه الأهداف بالوسائل التالية :

١- إعادة ثقة الطفل بمجتمع الكبار وتلبية حاجاته الأساسية المتعلقة بالعائلة والمدرسة والأصدقاء .
٢- مساعدة الطفل على النمو العادي والسليم والمتناسب مع قدراته العقلية .
٣- توفير المصادر والوسائل المختلفة لمساعدة الطفل لتحقيق حاجاته .
٤- مساعدة مجتمع المعلمين على فهم مشكلات الأطفال وإجراءات التعديلات المناسبة لهم .
٥- مساعدة الطفل على تحديد أهدافه ليحصل على تحكم معرفي بسلوكه .
٦- مساعدة الطفل على التخلص من بعض العادات التي تساهم في رفضه من قبل المدرسة والعائلة والمجتمع .
٧- مساعدة الطفل على تكوين شعور بالانتماء لمجتمعه الذي يعيش فيه .

الخدمات القانونية :

الخدمات القانونية تقدم للمضطربين لتوفر الأمن والحماية للأطفال المضطربين؛ بحيث يتجاوب القانون مع حاجاتهم الفردية وحاجتهم لتفهم القوانين الرسمية وغير الرسمية التي تحكم مجتمعاتهم .

نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا :

يوجد العديد من النماذج التى يمكن لها أن توجه عمل الأخصائيين في هذا الصدد حيث أشار كوفمان ٢٠٠١ kuaffmanان القليل من الممارسين يتبعون نموذجا واحدا فقط ومع ذلك فإن الأخصائي عليه أن يقف على أرض صلبة تقوم على توجه معين وتركز عليه في توجيه ما يقوم به من ممارسات .

ويعتبر نظام الخدمات الشاملة والمتكاملة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا نظامًا جديدًا بالنسبة لهم ، وقد أخذ يحل محل الأنظمة التقليدية السابقة التي كانت تسمح بالازدواجية في تقديم الخدمات ، وتتطلب الكثير من الوقت والمال والجهد ، وتؤدي إلى عدد من المشكلات في عملية التمويل وإدارة البرامج ويوجد عدد من نماذج الخدمات الشاملة والمتكاملة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا ، وهناك في الوقت الحالي نموذجين يوجهان غالبية البرامج التربوية هما :

٢- خدمات الصحة النفسية والعقلية في المدارس .

٣- خدمات المستشار النفسي الاجتماعي في المدارس .

ثالثًا : الخدمات الطبية :

وتتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة وأثنائها وبعدها ، وإجراء الفحوصات الجسدية ، والعقلية العامة ، والمتخصصة ، والتحليل الطبي ، وإعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي ، بالإضافة للعناية والوقاية للبصر والسمع ، ويجب توفير هذه الخدمات بشكل أساسي في الحالات الطارئة .

رابعًا : الخدمات الاجتماعية :

يوجد عدد من الخدمات الاجتماعية التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم ، ومن هذه الخدمات تسهيلات السكن ، والخدمات العائلية ، والخدمات العامة ، وخدمات إعادة التأهيل المهني ، والخدمات المجتمعية الأخرى .

تسهيلات السكن :

وتشمل هذه الخدمات المصحات العقلية العامة والخاصة ، والمراكز النفسية المتخصصة ، وتختلف هذه المراكز من حيث حجمها ، فمن مراكز صغيرة تخدم أعدادًا قليلة إلى مراكز أكبر تخدم أعدادًا ضخمة حيث يقدم بعضها خدمات بسيطة ، والبعض الآخر يقدم خدمات أوسع تشمل توفير البيئة الصحية المناسبة والنظيفة .

وتتكون هيئة العاملين في المراكز السكنية من مهنيين متخصصين وأطباء نفسيين ، وأخصائيين نفسيين واجتماعيين ، ومعلمي تربية خاصة ، وأخصائي لغة ، وموظف إشراف على الخدمات المقدمة للأطفال وقد يمتد العلاج عدة أسابيع أو أشهر وأحيانًا سنوات ، ولقد تحسنت في السنوات القليلة الماضية مراكز السكن المجتمعية ، وأصبح هناك اتفاق وتعاون بين هذه المراكز ومراكز الصحة العقلية والخدمة الاجتماعية ، وذلك لتسهيل تحويل الطفل من المراكز إلى الحياة المجتمعية العادية .

برنامج أو مشروع إعادة التأهيل :

يعتبر هذا المشروع من أهم المشاريع التي تم استخدامها في أمريكا للأطفال المضطربين ، والهدف من هذا المشروع هو تطوير وتقييم أداء فاعلية المراكز الداخلية التي كانت تدار من قبل

ويتم في هذا الإطار النظر إلى السلوك اللاتكيفي على أنه استجابات متعلمة لا تتناسب مع مواقف أو متطلبات معينة ، وعلى هذا الأساس فإن التدخل المتبع ينبغي أن يتألف من إعادة ترتيب تلك الأحداث التي تسبق سلوك معين إلى جانب ما يمكن أن يترتب عليه من نتائج وذلك حتى نتمكن من تعليم الطفل سلوكا أكثر تكيفا وبذلك يعد النموذج السلوكي مدخل العلوم الطبيعية للسلوك ، ويركز على التعريف الدقيق للمشكلة ، ويستخدم مقاييس ثابتة لقياسها وتقييمها ويلجأ إلى الضبط الدقيق للمتغيرات التي يعتقد أنها تساعد في الإبقاء على السلوك أو تؤدي إلى تغييره ، وتحديد علاقات السبب والنتيجة التي يمكن أن تنشأ ، وبالتالي فإن التدخل المتبع يضم اختيار الاستجابات المستهدفة ، وقياس مستوياتها الراهنة ، وتحليل الأحداث البيئية التي يحتمل السيطرة عليها أو ضبطها ، وتغيير المقدمات أو النتائج حتى تحدث تغيرات ثابتة في السلوكيات المستهدفه من جانب الطفل .

٣-العلاج متعدد النماذج :

وقد قامت برامج العلاج متعدد النماذج على المستويات الآتية :

١- **المستوى الأول** : يتضمن هذا المستوى الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا القادرين على الاستمرار في الصف العادي مع تقديم الخدمات المساندة .

٢- **المستوى الثاني** : يشتمل على برامج الصفوف العادية ، بالإضافة للخدمات النفسية والاجتماعية والعلاجية المساندة .

٣- **المستوى الثالث** : يتضمن هذا المستوى الصفوف الخاصة باستخدام الدوام الجزئي .

٤- **المستوى الرابع** : يتضمن هذا المستوى الصفوف ذات الدوام الكلي .

٥- **المستوى الخامس** : المراكز النهارية الخاصة بالأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا .

٦- **المستوى السادس** : يتضمن هذا المستوى البرامج والخدمات المنزلية بوجود معلم متخصص للتدريس في المنزل .

٧- **المستوى السابع** : يشتمل هذا المستوى على خدمات الوكالات الصحية ، ويتضمن مستويين هما :

أ- التدريس في المستشفى .

ب- الخدمات العلاجية غير التربوية .

١-النموذج النفسي التربوي psycho educational :

حيث يهتم هذا النموذج بالدوافع اللاشعورية ، ويركز على الصراعات الداخلية للفرد ، كما أنه يركز في ذات الوقت على المطالب والحاجات الواقعية اللازمة للأداء الوظيفي اليومي من جانب الفرد في المنزل والمدرسة والمجتمع المحلي ومن الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج أنه ينبغي على المعلمين أو الأخصائيين أن يفهموا الدوافع اللاشعورية إذا ما أرادو أن يتعاملوا بشكل أكثر فعالية مع الفشل الأكاديمي للطفل وسوء سلوكه ، ولكي يقوموا بذلك فنحن لا نتوقع منهم أن يركزوا على حل الصراعات اللاشعورية كما يفعل المعالجون النفسيون ، ولكنهم بدلا من ذلك يركزون على كيفية مساعدة الأطفال على اكتساب الضبط الذاتي أو ضبط النفس عن طريق الانعكاس والتخطيط ، وبالتالي فقد يتضمن التدخل مناقشات علاجية أو مقابلات يتم تصميمها بغرض مساعدة الطفل على تحقيق العديد من الأهداف من أهمها ما يلي :

- أن يفهم أن ما يفعله يمثل مشكلة .
- أن يدرك دوافعه التي تكمن خلف ما يقوم به من أفعال .
- أن يلاحظ تلك النتائج التي تترتب على ما يقوم به من أفعال .
- أن يخطط ويصمم طرقا بديلة يستجيب بها لظروف مشابهة في المستقبل .

هذا ويتمثل التركيز في ذلك النموذج على اكتساب الطفل ما نطلق عليه البصيرة insight وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث التغيرات السلوكية وبالتالي فإن التركيز هنا لا يكون على تغير السلوك بشكل مباشر ومن جهه أخرى تمثل استراتيجيات الضبط السلوكي في هذا الإطار جزا أساسيا من البرامج التربوية للأطفال الذين يعانون من النمط الخارجي من المشكلات السلوكية حيث يكون من غير المحتمل بالنسبة لهم أن يحدث التعلم الأكاديمي والاجتماعي دون وجود أساليب فعالة لضبط السلوك الفوضوي ، كذلك فإن التعليم الأكاديمي المتميز سوف يؤدي من جانب آخر إلى الحد من العديد من المشكلات السلوكية إضافة إلى تعليم أولئك الأطفال المهارات الأكاديمية الهامة .

٢-النموذج السلوكي behavioral :

يعد النموذج السلوكي هو ثاني النماذج التي تقوم غالبية البرامج التربوية عليها في الوقت الراهن ، ويتم تصميمها في ضوئها ، وهناك في الواقع افتراضان أساسيان يكمنان خلف هذا النموذج السلوكي هما :

أ) أن جوهر أي مشكلة يتمثل في السلوك في حد ذاته .

ب) أن السلوك يعتبر دالة للأحداث البيئية .

-نموذج (Bruinink&Runders, 1971) :

ويتضمن هذا النموذج أحد عشر مستوى ، هي :

المستوى الأول : المدرسة المفتوحة ، ويتضمن التعليم الذاتي المباشر دون صفوف .

المستوى الثاني : برامج الصف العادي المنتظم ، الذي يتضمن خدمات التربية الخاصة من قبل معلم الصف العادي .

المستوى الثالث : الصف العادي بوجود معلم تربية خاصة مساعد لمعلم الصف العادي .

المستوى الرابع : الصف العادي مع وجود مجموعة من المعلمين المتخصصين .

المستوى الخامس : الصف الخاص ، حيث يتم تقديم برامج التعليم الأكاديمي وغير الأكاديمي .

المستوى السادس : الصف الخاص مع تقديم برامج الخدمات غير الأكاديمية التي تشمل مهارات التواصل الاجتماعي .

المستوى السابع : الصف الخاص الذي يقدم نوعًا من التواصل مع الأطفال العاديين .

المستوى الثامن : المدرسة الخاصة النهارية التي تقدم بعض برامجها بحيث تتضمن الاتصال مع الأطفال العاديين .

المستوى التاسع : المدارس الخاصة الإيوائية ، التي تقدم نوعًا من الاتصال الاجتماعي مع البيئة المجاورة للمدرسة .

المستوى العاشر : المدارس الخاصة الإيوائية ، التي تقدم نوعًا من الاتصال الاجتماعي مع البيئة المجاورة للمدرسة .

المستوى الحادي عشر : المدارس الخاصة الإيوائية مع اتصال بسيط مع المجتمع المحلي المجاور للمدرسة .

وبدراسة دقيقة للنماذج السابقة نلاحظ أنها تركز على ما يلي :

أ- خدمات الإرشاد الأسري .

ب- الإرشاد النفسي للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا .

ج- برامج تعديل السلوك .

د- العلاج الطبي بالتنسيق مع الأطباء المختصين .

هـ- برامج التدريس العلاجية .

و- العلاج باستخدام العقاقير .

وهناك العديد من النماذج الأخرى تم استخدامها في التعامل مع الاضطرابات السلوكية ومنها :

-نموذج (Cogen&Ohrtmant's) :

يقوم هذا النموذج على ضرورة تقديم الخدمات الشاملة للفرد المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا منذ الولادة وحتى الموت ، ومن إجراءاته : جمع المعلومات الشاملة عن هؤلاء الأطفال ، والقيام بالتشخيص المبكر ، وتوفير برامج العناية والتدريب والتعليم والإعداد المهني المناسبة لهم ، ويتضمن هذا النموذج عشرة مستويات ، وهي :

١- **المستوى الأول** : يتضمن الإرشاد الجيني للوالدين .

٢- **المستوى الثاني** : يتضمن العناية بالأم قبل الولادة .

٣- **المستوى الثالث** : يتضمن التدخل المبكر .

٤- **المستوى الرابع** : يتضمن إجراءات التشخيص التكاملي الذي يشمل التقييم الطبي والاجتماعي والنفسي والتربوي ، وتطوير برامج خاصة بالتقييم .

٥- **المستوى الخامس** : يتضمن هذا المستوى العناية في مرحلة الحضانة ، ويشمل هذا البرنامج مجموعة الخدمات والنشاطات المقدمة في المستشفى والعيادات الطبية ومراكز العناية النهارية ، وفي المراكز الداخلية والخارجية ، مع تقديم خدمات الإرشاد الأسري لأهالي هؤلاء الأطفال .

٦- **المستوى السادس** : يتضمن الخدمات في مرحلة ما قبل الدراسة جميع الخدمات النفسية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، بما فيها الخدمات الأولية المقدمة من المدارس العامة والخاصة بالأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا .

٧- **المستوى السابع والثامن** الأساسي والمتوسط ، ويشملان الخدمات الأولية المقدمة من المدارس العامة والخاصة .

٨- **المستوى التاسع** : يشمل الخدمات الأكاديمية والمهنية ، والقيام بتجارب ونشاطات متعددة لمساعدة هؤلاء الشباب على الاندماج في مجتمعاتهم .

٩- **المستوى العاشر** : المجتمع يتضمن هذا المستوى دمج الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا في المجتمع وتقييمهم بشكل مستمر ، وفي هذا المستوى يتم جمع المعلومات الكاملة عن الفرد المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا لتقييم الخدمات المقدمة ، والتخطيط لخدمات وبرامج مستقبلية جديدة ، والتعرف على الحاجات المختلفة للمضطربين .

سواء كان ذلك عن طريق مجالس الآباء أو الأمهات والمعلمين الدورية ،والمنتظمة ، وكذلك الاتصالات الشخصية المستمرة ، والاتصالات الهاتفية ، وإرسال الرسائل لكي يكون الآباء والأمهات على صلة وثيقة بأحوال أبنائهم في المدرسة من الناحيتين السلوكية والدراسية ولكي يعملوا مع إدارة ومعلمي المدرسة ، يداً بيد ، على تذليل كل المصاعب التي تجابههم .

وما يمكن أن يقدم للمدرسة معلومات هامة وضرورية تساعدها على تفهم أحوال التلاميذ في البيت ، وما يعانونه من مشاكل ومصاعب ، وتأثيراتها على سلوك الأبناء ، والوسائل الكفيلة بمعالجة السلوك المنحرف لديهم ، فلا يكفي للمعلم أن يتعرف على أحوال تلاميذه في المدرسة فقط ، وإنما ينبغي التعرف على الظروف التي يعيشها التلميذ في البيت لكي يكوّن له صورة واضحة عن المشاكل التي يعاني منها داخل أسرته مما يسهّل عليه فهم الأسباب المؤدية للسلوك المنحرف لدى العديد من التلاميذ ، وبالتالي إمكانية مجابهة تلك الانحرافات والتغلب عليها بأقل ما يمكن من الجهود والتضحيات .

كذلك فإن الخدمات يجب أن تكون متكاملة ، وتتضمن الأبعاد التالية :

١- تقديم التسهيلات والخدمات الشاملة لجميع المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا .

٢- وجود تدقيق متكامل للتشخيص ، يغطي المناطق الجغرافية المختلفة ، ويقدم الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية والطبية .

٣- تعاون المجتمع في تقديم الخدمات مثل الكشف وبرامج التأهيل للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا .

٤- تقديم الحجم الكافي من خدمات الاتصال مع الآخرين بوجود خدمات الإحالة والتشخيص والتقييم المستمر لعملية الاتصال .

٥- تقديم الحجم الكامل من خدمات الدعم النفسي والاجتماعي ، التي تشمل خدمات الإرشاد النفسي والأسري .

٦- تقديم الحجم الكافي من الخدمات النفسية والاجتماعية للوالدين مثل تشكيل المجموعات الإرشادية ، والمؤتمرات الخاصة لتبادل الخبرات .

٧- تقديم الحجم الكافي من حرية التنقل بين المستويات المختلفة للبرامج للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا .

التفاعل بين الأسرة والمدرسة لمواجهة المشكلات السلوكية :

نعلم جميعا أن البيت هو البيئة الاجتماعية الأولى للطفل ، التي يتعلم فيها الكثير من الخبرات التي تساعده على التكيف مع المجتمع الأكبر ، ويلعب الآباء والأمهات دوراً كبيراً وأساسياً في تربية وتنشئة أبنائهم خلال السنوات الست الأولى من أعمارهم حيث ينتقل الأبناء إلى المدرسة التي تعتبر المرحلة الوسطى في حياتهم ، والتي هي صورة مصغرة للمجتمع الكبير الخالي من الشوائب ، حيث يكتسب الأبناء خلال مكوثهم في المدرسة الخبرات الحياتية التي تؤهلهم لممارسة عملهم في المجتمع الكبير على الوجه الأكمل . ومن هذا المنطلق نستطيع أن نؤكد أن الدور الذي قام ويقوم به البيت تجاه الأبناء لا يمكن فصله عن دور المدرسة بهذا الخصوص ، فكلاهما يكمل بعضه بعضاً .

ويستطيع الآباء والأمهات تقديم مساعدة قيمة للمدرسة في عملها التربوي بما يملكونه من الخبرات والتجارب التي اكتسبوها بتربية أبنائهم ، كما يمكنهم الحصول على المزيد من الخبرات من المدرسة ، وخاصة من المعلمين المتخصصين في معالجة المشاكل السلوكية للأطفال والمراهقين . وبناء على ذلك فعلى المدرسة أن تهتم بالتواصل المستمر مع أولياء أمور التلاميذ

الفصل السادس

نماذج لبعض الاضطرابات السلوكية (السلوك العدواني)

- تعريف السلوك العدواني .
- العدوان والعنف (نظرة نمائية) .
- العض كأسلوب للعدوان .
- أنواع السلوك العدواني .
- أسباب السلوك العدواني .
- نظريات تفسير العدوان .
- أساليب تشخيص السلوك العدواني .
- أساليب التعامل مع السلوك العدواني .

بالأذى ، أو يوقعون بهم الأذى الجسمي فعلاً ، ويتحدثون بنبرة صوت سلبية ، ويغيظون الآخرين ويحرجونهم ، ويطالبون بالاستجابة الفورية لرغباتهم .

كما أن الأطفال ذوي السلوك العدواني يتصفون بالميل للمعارضة ، وإيقاع الأذى لفظيًا وجسميًا ، والإزعاج والتشاجر .

ويذكر بعض الباحثين أن للبيئة أثر كبير في ظهور السلوك العدواني لدى الأطفال طوال سنوات الطفولة بمراحلها الثلاث المبكرة والوسطى والمتأخرة وتكرار حدوثه ، فهو يتأثر بأسلوب التربية والوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الطفل ، فقد تبين أن البيئة التي لا تسمح إلا بقدر ضئيل من الحرية ، ولا تتوفر بها إمكانيات اللعب تؤدي إلى زيادة وتكرار السلوك العدواني لدى أطفالها ، ووجد أن بيئة الروضة المزودة بحديقة متسعة ، وأدوات ووسائل متعددة للعب؛ فإنها تقلل من عدوان الأطفال إلى حد كبير – وتبين أيضًا أن البيئات منخفضة المستوى أو المتوسطة المستوى الاجتماعي تشجع العدوان ، في حين تميل البيئات ذات المستويات الاجتماعية المتوسطة والعليا إلى كف العدوان ، وتمنع احتكاك الأطفال مع بعضهم . وقد أورد كلا من (عبد الرحمن سليمان ، إيهاب الببلاوى : ٢٠١٠) فى كتابهما الآباء والعدوانية تعريفات مختلفة للعدوان وكذلك أنماطه وأساليب التعامل مع السلوك العدواني بالطرق المختلفة .

تعريف العدوان :

على الرغم من تعدد الدراسات في مجال السلوك العدواني إلا أنه يظل واحدًا من الموضوعات الأكثر تحديًا للدارسين بسبب الحيرة في وضع تعريف جامع مانع للعدوان ، فلقد تعددت وتنوعت التعريفات التي تناولت السلوك العدواني بالتفسير ، فإطاره المرجعي متعدد لأنه ينتمي إلى كثير من العلوم كعلم النفس بفرعية السوي والمرضي ، وعلم الفسيولوجيا العصبي ، وعلم الاجتماع والأنثروبولوجيا وغيرها من العلوم .

ولقد أطلق باندورا A. Bandura (١٩٧٨ : ١١) على السلوك العدواني "غابة علم المعاني" لكثرة المفاهيم والنظريات التي تناولته ، والذي يفكر في مفهوم العدوان قليلاً سوف يجد أمامه أمثلة كثيرة للسلوك تكون في حقيقتها جد مختلفة عن بعضها بعضًا ، ولكنها في نفس الوقت تقع تحت مسمى العدوان فإلقاء قنبلة نووية ، وإطلاق تعليق ساخر كل منهما يختلف في الأضرار الناجمة عنه وبالرغم من ذلك فكلاهما يعبر عن فعل عدواني ، ومن هنا كانت الصعوبة في تحديد مفهوم السلوك العدواني لاختلاف زوايا معالجته ، فالبعض يبحث عن مصدر العدوان ، هل هو استعداد فطري فسيولوجي عصبي – غريزي – شأنه في ذلك شأن غريزتي الجنس والبحث عن

الفصل السادس
أكثر النماذج الشائعة للاضطرابات السلوكية

السلوك العدواني :

العدوان مفهوم عُرف منذ عُرف الإنسان سواء في علاقته بالطبيعة ، أو في علاقة الإنسان بالإنسان ، وهو معروف في سلوك الطفل الصغير ، وفي سلوك الراشد ، في سلوك الإنسان السوي والإنسان المضطرب ، وإن اختلفت الدوافع والوسائل والأهداف والنتائج . وسواء كان التعبير عن هذا السلوك العدواني بالعنف أو الإرهاب أو التطرف فإنها جميعًا تشير إلى مضمون واحد هو العدوان .



ويمثل العدوان السلوك الظاهر والملاحظ الذي يهدف إلى إلحاق الأذى بالذات أو بالآخر ، كما يمثل العدوان مشكلة من أخطر المشكلات الاجتماعية المستفحلة في العصر الحديث؛ حيث إنها مشكلة مترامية الأطراف والأبعاد والنتائج ، لأنها تجمع ما بين التأثير النفسي والاجتماعي والاقتصادي على كل من الفرد والمجتمع . فالأمر ليس بالسهل الهين ، ليس فقط بسبب الآلام التي يسببها العدوان ، وإنما وجد أن أي عمل من أعمال العدوان يمكن أن ينتج مزيدًا من الأعمال العدوانية : فالعنف يولد العنف .

والعدوان سلوك غير مقبول ، ولكنه كثير الحدوث ، فزيارة صباحية إدارة حضانة أو روضة أطفال ، أو وقفة في فناء مدرسة ابتدائية كفيلة بأن تقنع المشاهد بوجود سلوك عدواني لدى الأطفال مع بعضهم البعض .

وتظهر البحوث والدراسات أن الأطفال العدوانيين يتسمون بالصفات التالية : التهجم ، وإظهار نوبات الغضب الحادة عند الإحباط ، والمقابلة ، واستخدام الشجار لحل الخلافات وتجاهل حقوق ورغبات الآخرين ، وتبين الملاحظة المباشرة للأطفال العدوانيين أنهم يهددون الآخرين

الجنس البشري وتطوره وأعراقه وعاداته ومعتقداته) أنه استجابة لعوامل ثقافية ، لأننا نجد مجتمعات تتسم بالعدوانية الزائدة أو الشديدة ، بينما تتصف مجتمعات أخرى باللاعدوانية أو عدم العدوان ، في الدراسة الشهيرة التي قام بها "دونالد ميلر" اعتبر العدوان استجابة شائعة وعامة تترتب على شعور الفرد بالإحباط . وعلى ذلك لا يزال الخلاف بين العلماء عما إذا كان العدوان دافع أولي فطري يدفع الكائن إلى التخريب والعدوان ، أم استجابة معينة في مواقف خاصة كالمواقف الإحباطية . أي : هل العدوان غريزة لها أهدافها الخاصة بها أم أنه مصدر الطاقة التي تمكن الذات أو جهاز الأنا من التغلب على العقبات التي قد تعترض سبيل إشباع دوافعه" .

ويعرف (كمال سيسالم ،٢٠٠٢) العدوانية بأنها الاعتداء اللفظي أو الجسمي على الأشخاص والممتلكات ، وعندما يكون لهذا الاعتداء مبرراته فإنه يوصف بأنه سلوك عدواني ناتج عن رد فعل تجاه موقف معين ، أما إذا لم يكن لهذا الاعتداء أي مبرر فإنه يوصف سلوك عدواني صريح قد ينتج عن الإصابة بالاضطرابات السلوكية ، أو الإصابة باضطراب ضعف الانتباه ، والنشاط الزائد .

ويعرف (عبد الرحمن سليمان ، إيهاب الببلاوى :٢٠١٠) السلوك العدواني على أنه "سلوك هدام وتخريبي ، وغير مقبول اجتماعيًا ، ويهدف به صاحب إلحاق الضرر والأذى بالآخرين أو بالذات ، وأما أن يكون بدنيًا أو إشاريًا ، مباشرًا أو غير مباشر ، وهو يختلف عن مظاهره وشدته من فرد إلى آخر" .

ويتضح من هذا التعريف ثلاثة عناصر هامة خاصة بمواقف العدوان وهي :

١- **المعتدي** : وهو الفاعل للسلوك العدواني .

٢- **المعتدي عليه** : وهو الواقع عليه الاعتداء ، وقد يأخذ أحد صورتين إما أن يكون موجهًا نحو الآخرين أو موجهًا نحو الذات .

٣- **الفعل العدواني** : وهو طبيعة هذا السلوك ، فقد يكون بدنيًا أو إشاريًا ، مباشرًا أو غير مباشر .

وبالتالي يمكن القول أن العدوانية Aggressiveness مصطلح يتضمن ثلاثة مفهومات أساسية هي :

١- **العدوان Aggression** : ويقصد به الهجوم الصريح على الغير أو الذات ، ويأخذ الشكل البدني أو اللفظي أو التهجم "العدوان الصريح" .

٢- **العدائية Hostility** : ويقصد به ما يحرك العدوان وينشطه ويتضمن : الغضب والكراهية والحقد والشك والإحساس بالاضطهاد "عدوان مضمر أو خفي" .

الطعام؟ أو هو سلوك متعلم بفعل مثيرات البيئة الخارجية؟ بينما يبحث البعض الآخر في أشكال التعبير عن العدوان ، هل هو بدني أو لفظي؟ هل هو مباشر أو غير مباشر؟ هل يكون موجهًا نحو الآخرين أو نحو الذات؟ في حين تبحث جماعة أخرى عن مصاحباته ، ووظائفه ، ووسائل ضبطه والتحكم فيه ، هل هو عدوان يهدف به صاحبه إلحاق الضرر بالآخرين أو أنه من النوع المقبول اجتماعيًا؟ وإلى غير ذلك من التساؤلات والنظريات والتي تحاول كل جماعة أن تزيد أو تدعم بها وجهة نظرها ورؤيتها المفسرة لذلك السلوك .

وقد عرف (باندورا Banduran، ١٩٧٣) العدوان على أنه "سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة ، أو السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين ، وينتج عنه إيذاء شخص أو تحطيم ممتلكات" .

وعرفته (سعدية بهادر ،١٩٧٧) بأنه "السلوك الهجومي الذي يصاحب الغضب ، أو هو السلوك الذي يتجه نحو إحداث إصابة مادية لفرد آخر" ، ويرى (طلعت منصور وآخرون ،١٩٧٨) أن السلوك العدواني يعبر عن "نزعة مرضية تحرك صاحبها إلى الإتيان بُسلوك يقصد به إيذاء أو إقلاق شخص آخر أو موضوعات مستهدفة يوجه إليها السلوك العدواني ، وقد يتضح السلوك العدواني في تعبيرات صريحة أو في أشكال رمزية ، وكثيرًا ما يكون العدوان استجابة للإحباط" .

ويعرف أحمد عكاشة (١٩٨٠ : ١٧٠) العدوان على أنه "عقد العزم والإصرار على مطاردة اهتمامات الناس وملاحقتها ، أما العنف فهو ملاحقة هذه الاهتمامات بالقوة أو هو التهديد باستعمال القوة" .

ويعرف (عمر شاهين ،١٩٨٧) العدوان بأنه أحد الدوافع الأساسية في الإنسان؛ يثيره موقف طارئ ، خلاصته أن الإنسان يحس بأن حريته في الحركة والتصرف مقيدة ، وأنه نتيجة لهذا نجده لا يستطيع أن يحقق أهدافه ، أي أن العدوان دافع يدفع سلوك الإنسان لتحقيق نوع من الاتزان بينه وبين ما يعوق مسيرته ، وقد يأخذ مساره إلى الداخل أو الخارج ، والعدوان ما لم يحقق الاتزان النفسي للفرد يصبح عبئًا على النفس ويكون أقرب إلى الحالة المرضية منه إلى حالة السوء .

ويعرفه كل من (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي ، ١٩٨٨) العدوان تعريفًا معجميًا على أنه "سلوك مدفوع بالغضب والكراهية والمنافسة الزائدة ويتجه إلى الإيذاء والتخريب أو هزيمة الآخرين ، وفي بعض الحالات يتجه إلى الذات" ، وعند فرويد يعتبر الدافع العدواني دافع فطري وغريزي ، بينما توضح الدراسات الأنثروبولوجية (أي الدراسات التي تتناول أصل

يوم خوفًا من العقاب ، لا بد أن يتراكم ويشتد حتى يصل إلى الانفجار في صورة عدوانية تدميرية .

من ناحية أخرى ، يمكن القول أن الغضب إذا كان متناسبًا مع المثيرات التي تولده كان ذلك رد فعل طبيعي ، إذ أن الطفل الذي لا يغضب إطلاقًا ، لا يمكن اعتباره طفلاً سويًا . ولكن الثورة العنيفة لكل سبب ، ولأي سبب مسألة أيضًا يجب توجيه الطفل إلى تلافيها ، ولعل المسؤولية في استمرار نوبات الغضب تقع على الوالدين (أو من يحل محلهما) بالدرجة الأولى ، فعادة ما يستجيب الآباء بالاستسلام لكل رغبات الطفل إذا ما بدأ نوبة من الغضب ، ويزداد الأمر حدة ، إذا ما كان الطفل وحيدًا أو مريضًا . ذلك أن الطفل يستخدم هذه النوبات من الغضب والتدمير والاعتداء لتنفيذ كل رغباته ، وبلغة نظريات التعلم ، يمكن القول أن الطفل إذا وجدت استجاباته العدوانية نوعًا من الإثابة فإنه سوف يكررها .

وبالتالي فإننا يمكننا أن نسيطر على الغضب عند الأطفال ، إذا نظرنا إلى سلوك طفل العامين أو الثلاثة أعوام بشيء من الهدوء والتسامح ، وإذا ما طالبناه بما تمكنه من قدراته فحسب ، وإذا كنا على قدر من الثبات ، غير متناقضين مع أنفسنا في المواقف المختلفة التي يشاهدها الطفل ، من أجل تنفيذ الالتزام من خلال خبرات الكبار ، ولا يجب أن نضحي بسعادة الطفل من أجل تنفيذ جداول معينة جامدة غير مرنة ، فيما يتصل بضبط عمليتي الإخراج ، والنوم ، واللعب ، ولا يجب أن نغفل حاجات الطفل لحساب حاجات الراشدين ، فإن ضبط النفس عند الآباء هو أحسن الضمانات لنشأة ضبط النفس عند الطفل .

وقد يظهر على الأطفال في سن ٢- ٣ سنوات سلوكًا من المشاكسة ونوبات الغضب ، وخلال ذلك قد تبدو عليهم بعض المظاهر والتصرفات التي تؤخذ على أنها سلوك عدواني ، أنهم ربما يناضلون ويضربون أو يكسرون شيء ما . وعندما يكونوا في مجموعة يدخلون في نزاع قد يتحول إلى سلوك عدواني أو تتناوب التصرفات العدوانية من ضرب ، ركل ، عض الآخرين ، قذف اللعب ، وربما الصراخ والعويل ... الخ ، غير أن الأحداث المنفصلة لهذا السلوك خلال تلك المرحلة ليست مشكلة عدوان منهم ، ومثل هذه الشكاوي تدخل في الإطار النمائي العادي ومن الأفضل أن يتجاهلها المربون والمهتمون برعاية الطفل ، وأن هذا السلوك يعد عاديًا جدًا عند الأطفال الدارجين (في سن العامين) ، وينبغي ألا تسمي هذا السلوك بالعدوان المشكل أو المبهم ، والأطفال في هذه السن يحتاجون إلى تشجيع ومساعدة لإيجاد طرق أخرى لحل الصراعات مع الخصوم والأقران .

٣-الميل للعدوان نزعة عدوانية Aggressivity : ويقصد به ما يوجه العدائية ، أي أنه حلقة تربط بين العدائية كمحرك والعدوان كسلوك فعلي ، ويتضمن الرغبة في إيقاع الأذى بالغير أو بالذات ، وقد يكون رغبة في إيذاء الآخرين لتأكيد الذات (السادية) أو رغبة في إيذاء الذات تعبيرًا عن الخضوع (المازوخية) .

- **السادية Sadism** : ويستخدم المصطلح ليشير إلى القسوة بصفة عامة ، وقد تشمل إيذاء الآخرين ، وكذلك إيذاء الحيوانات .
- **مازوخية . مازوكية . ماسوشية Mascochism** : الذي أشار إلى أنه اضطراب يشتق فيه الفرد اللذة من الألم الذي ينزله به الآخرون ، أو الذي ينزله هو بنفسه ، وفي ضوء مدرسة التحليل النفسي تفسر المازوكية على أساس أنها عدوان ارتد إلى الداخل لأن التعبير عنه في موضوعات خارجية محمل بمشاعر الذنب والقلق .

العدوانية والعنف : نظرة نمائية ارتقائية في مرحلة الطفولة :

- **العدوان في العامين الأولين :**

في عرضهم لعوامل ظهور السلوك العدواني في هذه السن الباكرة يشير "محمد عبد الظاهر ورشدي عبده ومحمود عبد الحليم" (١٩٨١ : ١٢٥ – ١٢٧) إلى أن باحثين عديدين سبقوا إلى الحديث عن نوبات الغضب والعنف لدى طفل ما قبل العامين ومن بين هؤلاء (جودإنف Goodenough ، ١٩٣١) التي ذكرت أن الملابس الضيقة التي تعوق حركة الطفل ، والروتين الذي تتبعه الأم لتنظيم عمليات الإخراج ، وأوقات النوم لدى طفلها ، ومن أهم العوامل المعجلة بظهور انفجارات الغضب لدى الطفل قبل سن الثانية ، كذلك كان وجود ضيوف بالمنزل ، وحياة الطفل في بيت به عدة أشخاص كبار من المواقف التي تزيد من ظهور نوبات الغضب لدى الطفل؛ ذلك أن مثل هذا الموقف يحاط غالبًا بجوٍ من القيود والتعليمات الصارمة التي تسبب للطفل إحباطًا يتولد عنه العدوان والغضب .

وعلى أية حال ، فإن الطفل إذا ما عبر عن غضبه في صورة سلوك عدواني ، فلا يجب النظر إلى ذلك على أنه سلوك تدميري أو هدمي ، بل على العكس ، فإن العدوان – في نظر بعض علماء النفس – في بعض المواقف يعتبر مظهرًا من مظاهر الإيجابية والنشاط والفعالية ، وعلى الكبار ألا يستخدموا العقاب البدني كوسيلة لإيقاف السلوك العدواني من جانب الطفل ، فإنهم بذلك يقومون بكف (تعطيل) كل قدراته التعبيرية ، فالغضب الذي يتم كفه (منعه) يومًا بعد

في معركة بالعض والصفع والصراخ ، وأن تعمل على ألا يعود الطفل إلى عملية العض ثانية بالانسحاب من الموقف إذا كرر العض مبينة له أنها لا تحب منه ذلك ولا تحب منه أن يكرره .

مرحلة الطفولة المبكرة من سن ٣ – ٦ سنوات :

ينظر بعض الباحثين إلى السلوك العدواني على أنه استجابة طبيعية للإحباط ، وتتميز العدوانية بالقوة بين الأطفال الذين يسعون وراء السلطة والسيطرة ، أو الذين توحدوا (مع راشد عدواني ، ويتميز الأولاد بأنهم أكثر عدوانًا من البنات ، ويكون تعبير الأطفال المحبوبين عن عدوانهم على زملائهم من خلال اللعب ، أما الأطفال غير المحبوبين فيميلون إلى مهاجمة أي شخص يتواجد معهم سواء يستحق أو لا يستحق ذلك ، وكلما كان الطفل أكثر معرفة بالأطفال الآخرين كلما كان أكثر عدوانًا ، وكذلك عندما يوجد أحد البالغين الذين يحب الطفل أن يجذب انتباهه، يزداد عدوان الأطفال فيما بين الثانية والرابعة من العمر ، ويقل بعد ذلك حيث تزداد اتجاهات الصداقة والحب للأطفال الآخرين من نفس العمر ، كما تزداد الخبرات الاجتماعية .

وعمومًا يتميز التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الصغار بالعدوان الواضح والتخفيف من حدة الصراع عن طريق السلوك الحركي Conflict riddem behavior ، ففي علاقات الأطفال ببعضهم ، نجد الغضب والعمل العدائي والشجار والتنافس وجميعها تلاحظ بكثرة ، وأنه من الصعب أن نحدد أوائل ظهور تلك المشاعر العدوانية في حياة الطفل ، لكن يلاحظ أن الأطفال يندفعون في حالة الهياج والسخط الموجه نحو مصادر الأحداث التي تؤدي إلى الإحباط أو القمع أو التي تثيره إلى حد الغضب ، كما يستخدم الطفل أي وسيلة في متناول يده ليتخلص من المثيرات غير السارة أو غير المرغوبة ، وهذه الوسائل في حالة الطفل الصغير عادة ما تكون البكاء ، والصراخ ، والهجوم العضلي المباشر .

وما أن يصل الطفل إلى الرابعة حتى يصبح غاية في النشاط والوقاحة مع من هم في مثل سنه أو من هم أكبر منه حتى الأخوة والآباء ، ويتولد لديه التحدي والقدرة على تدمير أي شيء يصل إلى يده من ممتلكات الأسرة أو الجيران ، ويصبح قادرًا على الدخول في معارك مع الأطفال الذين في مثل سنه ويلحق بهم الضرر والأذى .

وعندما يصل الطفل إلى سن الخامسة من العمر فإنه يعبر عن العدوان لفظيًا في أكثر الأحيان ، ويقل التعبير الهجومي البدني ، وكلما كان الطفل أصغر كلما زاد الهجوم البدني والبكاء ، وكلما ازداد نموًا فإن الهجوم اللفظي يتخذ شكلاً جديدًا هو كلمات التحقير والتأنيب للآخرين ، وقد يهاجم بطرق غير مباشرة كالنميمة والوشاية للكبار عما فعله الطفل الآخر .

العض كأسلوب للعدوان وموقف الأم تجاهه :

من الطبيعي للطفل خلال العام الأول أن يعض الوالدين ، فظهور الأسنان يدفعه إلى قضم أي شيء ، كما أنه يكون أكثر استعدادًا للعض عندما يكون في حالة مزاجية غير ملائمة ، والقضم والعض أشياء عادية في العامين الأولين من حياة الطفل ، لكن يتوقف الأمر على عدد المرات التي يحدث فيها أن يعض الطفل الآخرين ، كما يتوقف على دوافعه ، فلو كان الطفل سعيدًا وتسير حياته طبيعية ، فإنه في بعض الأحيان يعض عندما يتشاجر مع أطفال آخرين ، ولا يعد هذا أمرًا خطيرًا ، ولكن إذا كانت حياته مليئة بالتوتر والتعاسة أغلب الوقت ، ويعض الأطفال الآخرين لأسباب تبدو تافهة كان هناك خطأ ما ، فربما يكون جو الأسرة مليئًا بالضغط والسيطرة على الطفل ، أو أن عملية تهذيب الطفل تتم في جو من الثورة العصبية الزائدة ، أو ربما لم تتح للطفل فيما سبق فرصة التفاعل السليم مع الأطفال الآخرين ، ويتصور أنهم خطر عليه ومصدر تهديد له ، أو ربما يكون العض راجعًا إلى غيرته من طفل في المنزل فينقل عدوانه إلى أطفال آخرين خارج المنزل ، كما لو كانوا هم المنافسون له .

ويتعلم الطفل المعنى العدواني للعض عن طريق الكبار ، فبمرور الطفل في الشهر السابع من عمره تبدأ خبرات جديدة للطفل إذ يكتسب عن طريق أسنانه خبرات عن الأنواع الجافة من الطعام بعد أن كانت كل خبرته بالأنواع السائلة ، وليس هذا النوع من الخبرة مهمًا في حد ذاته ، ولكن أهميته في الخبرات الاجتماعية التي يكتسبها الطفل عن طريق أسنانه ، فيتعلم الطفل عن طريق الصدفة أن للأسنان وظائف أخرى غير وظيفة القضم – تلك هي الوظيفة العدوانية ، وذلك عندما يعض ثدي الأم أثناء الرضاعة ، وينتج عن ذلك إحداث تأثير معين يبدو في سلوك الأم نحو الطفل بأن تضربه أو تغضب أو تعاقبه بشكل أو بآخر ، فيتعلم عن هذا الطرق معنى العض العدواني ، ويعرف أنه يمكن استخدامه في مواقف أخرى مشابهة إذا ما أراد العدوان كنتيجة للإحباط ، ويجب أن نلاحظ أن هذا المعنى مكتسب (وهو العض) إذ أن العضية تحدث بشكل آلي ، ثم يتحدد المعنى العدواني للعض من نوع السلوك الذي تقوم به الأم نحو هذه الاستجابة غير المقصودة ، ولذلك يتكرر منه هذا السلوك في حالة الغضب ، والموقف الصحيح في مثل هذه الحالات هو ألا يكون الرد على عملية العض عند بداية ظهوره عن طريق القهر أو الغضب أو الضرب ، بل يكفي أن يسحب الثدي عقب هذه العملية وتوقف الرضاعة لفترة معينة، وبتكرار هذا الموقف يتعلم الطفل أن مثل هذا السلوك لا يؤدي إلى نتيجة سارة فيكف عنه ، كما يمكن للأم ضبط هذا السلوك بأن تقوم برعاية طفلها كصديق ، لا بالنزول إلى مستوى عمره والدخول معه

- **العدوان في الطفولة الوسطي والمتأخرة (مرحلة المدرسة) :**



إن السلوك العدواني يبدأ منذ سنوات الدراسة المبكرة ، فبينما نجد معظم الأطفال وخاصة الأولاد الذكور مشاكسين صاخبين في الحضانة ، والصف الأول الابتدائي ، نجد أن الأطفال الأكثر عدوانية بينهم يفشلون في تعلم أقل القليل من السيطرة على النفس اعتبارًا من الصف الثاني الابتدائي ، وبينما يبدأ الأطفال الآخرون في تعلم التفاوض والتراضي حول ما يختلفون عليه في أثناء اللعب ، نجد المشاغبين يعتمدون أكثر وأكثر على القوة العضلية ، لكنهم يدفعون ثمن سلوكهم هذا اجتماعيًا ، ذلك لأن الأطفال يعلنون نفورهم منهم بعد ساعتين أو ثلاث ساعات فقط من الاحتكاك بهم في أثناء اللعب .

يبدأ مشوار الأطفال العدوانيين نحو العنف والجريمة من الصفين الأول والثاني الابتدائيين (٦-٧ سنوات) ، وأحيانًا قبل ذلك ، ويسهم ضعف هذه الفئة من الأطفال في السيطرة على انفعالاتهم ، في هبوط مستواهم الدراسي ، وهم يعتبرون أنفسهم أغبياء وهذا حكم أكده نقلهم إلى فصول خاصة لتعليمهم ، كما يطرد المدرسون الأطفال الذين جاءوا من بيوت تعلموا فيها الأسلوب القهري – أسلوب الشغب – يطردونهم لأنهم يضيعون معهم وقتًا طويلاً لدفعهم للانضباط ، كان ينبغي استثماره في تعليمهم ، ويظهر فشلهم الدراسي المؤكد في الصف الثالث (حوالي ٩ سنوات) ، ويحصل المهملون منهم على أضعف الدرجات في معامل الذكاء (IQ) في حال مقارنتهم بزملائهم ، وعندما يبلغون العاشرة ، يظهر نزقهم واندفاعهم ثلاثة أضعاف غيرهم ، وهو مؤشر قوي على ما سيصير عليه سلوكهم وتحولهم إلى أحداث جانحين في وقت لاحق .

وعندما يصل هؤلاء الأولاد إلى الصفين الرابع والخامس (سن العاشرة والحادية عشر) ينظر الجميع إليهم بوصفهم أولاذا مشاغبين ، أو حتى مجرد أولادا غلاظ الطبع يتسمون بالقسوة ويصدهم زملاؤهم ، ويصعب إقامة صداقات معهم ، كما أنهم يفشلون دراسيا أيضا ، ولأنهم بلا

واللعب العدواني شكل طبيعي في سن ما قبل المدرسة وسنوات الطفولة المبكرة وفي بعض الأحيان يصدم الوالدان عند ملاحظة مستوى العنف التخيلي في اللعب عند الأطفال الصغار ، وعادة ما يعتبرون ذلك سمة عدوانية في سلوك أطفالهم .

وعادة يميل الآباء إلى أن يتدخلوا مبكرًا في هذه الصراعات معتقدين أنهم يستطيعون منع ردود الفعل العدوانية ، ولكن الأطفال في هذه السن يحتاجون إلى فرص وتشجيع لتعلم كيفية حل خلافاتهم معتمدين على أنفسهم ، ويمكن للآباء ضبط وقيادة الصراع دون التدخل فيه إلا إذا احتاج الأطفال المساعدة للحل ... وحل الصراع المؤثر دون عدوان يعتبر واحدًا من الحلول الوسيطة لمساعدة الأطفال للتغلب على الدوافع العدوانية .

وتتضح طبيعة السلوك العدواني لدى أطفال مرحلة الطفولة المبكرة في أنه يتراوح من حيث الشدة بين مجرد التعبير الكلامي الهادي وبين التشاجر العنيف ، كما قد يصل هذا السلوك إلى محاولة إيذاء الغير أو التدخل فيما يملكون ، أو فيما يقومون به من نشاط ولعب ، ويلاحظ أن أطفال الثالثة غالبًا ما تكثر لديهم نوبات الغضب؛ حيث يدفعون الآخرين برفسونهم أو يضربونهم بأيديهم في أثناء هذه النوبات ، أما الأطفال الأكبر سنًا في سن الرابعة والخامسة ، فإنهم يستخدمون العدوان اللفظي والبدني معًا دون وجود نوبات حادة من الغضب ، كما يميلون إلى الحصول على لعب الآخرين وممتلكاتهم .

ومن أهم الدوافع التي تؤدي إلى العدوان لدى أطفال هذه المرحلة ما يلي :

١-**حب التملك** : كأن تنشأ مشاجرة بسبب رغبة الطفل في الاستحواذ على لعبة طفل آخر دون اعتبار لحق الملكية .

٢-**الدافع إلى السيطرة** : كأن يتعدى طفل على آخر لمجرد الرغبة في السيطرة .

٣-**الشعور بالنقص** : الذي يدفع الطفل إلى التعويض بالاعتداء على غيره .

٤-**الدافع إلى المنافسة** : وهو من أهم مصادر العدوان لدى الأطفال في هذه المرحلة ، بسبب التسابق على حب الأم ، أو لكسب اهتمامها أو التسابق على كسب صداقتها .

٥-**التعرض لمواقف الإحباط** : عندما يُمنع الطفل من القيام بعمل ما أو إجباره على القيام بعمل لا يرغب فيه .

ما ينتهي نوبة العدوان بالزعل والخصام والتباعد بين الطفلين المتخاصمين ، ولكن سرعان ما ينسي الأطفال الموضوع بأكمله ، أو يعتذرون لبعضهم البعض ، ويذوب الخلاف والتشاحن ويعودون إلى مواصلة اللعب .

٥- عدوان نحو الذات (إيذاء الذات) :

حيث إن العدوانية عند بعض الأطفال المضطربين سلوكيًا قد توجه نحو الذات ، وتهدف إلى ايذاء النفس وايقاع الضرر بها ، وتتخذ صورة إيذاء النفس Self mulitlation أشكالاً مختلفة مثل تمزيق الطفل لملابسه أو كتبه أو كراساته ، أو لطم الوجه ، أو شد الشعر ، أو ضرب الرأس بالحائط أو السرير Head Banging ، أو جرح الجسم بالأظافر أو عض الأصابع أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر ، والتقليل من شأن الذات وتحقيرها .

٦- العدوان المباشر :

ويقال للعدوان أنه مباشر إذا وجهه الطفل مباشرة إلى الشخص مصدر الإحباط ، وذلك باستخدام القوة الجسمية ، أو التعبيرات اللفظية وغيرها .

٧- العدوان غير المباشر :

ربما يفشل الطفل في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي خوفًا من العقاب ، أو نتيجة الإحساس بعدم الندية فيحوله إلى شخص آخر أو شيء آخر (صديق ، خادم ، ممتلكات) تربطه صلة بالمصدر الأصلي ، ويسمى هذا النوع من العدوان أيضًا العدوان المُزاح ، وقد يكون العدوان غير المباشر في صورة نشر الشائعات السيئة ضد زميل ما في عدم وجوده .

٨- العدوان الفردي :

يوجهه الطفل مستهدفًا ايذاء شخص بالذات طفلاً كان كصديقه أو أخيه أو غيرهما ، أو كبيرًا مثل الخادمة وغيرها ، ولهذا النوع من العدوان دوافع عديدة منها : دوافع التملك ، والاستحواذ ، أو دافع القوة ، والسيطرة ، أو التنفيس عن عدوان كامن ، والتمرد على السلطة أو دفاع الفرد عن حقه في تأكيد ذاته ، دافع المنافسة ، دافع الشعور بالنقص ، أو التعويض ، أو لفت نظر الآخرين .

صداقات ، نراهم ينجذبون إلى المنبوذين اجتماعيًا ، ثم يلتزمون بعلاقتهم بمجموعة المنبوذين فيما بين الصفين الرابع والتاسع ، ويتحدون القوانين ، وتزداد نسبة هروبهم من المدرسة خمسة أضعاف غيرهم ، وعندما يصلون إلى المرحلة الثانوية ينضم إليهم نموذج آخر من التلاميذ الذين بدأوا متأخرين في الانجذاب إلى أسلوب التحدي .

والنموذج الأخير يكون – غالبًا – من الأولاد الذين فقدوا الرقابة عليهم في بيوتهم ومارسوا التجوال في الشوارع منذ المرحلة الابتدائية ، ثم تركوا المدرسة نهائيًا عندما وصلوا إلى المرحلة الثانوية ، سائرين في طريق الانحراف إلى السلوك الجانح .

أنواع السلوك العدواني :

وهذه إشارة لبعض أنواع السلوك العدواني لدى الأطفال :

١- العدوان اللفظي :

عندما يبدأ الطفل الكلام ، فقد يظهر نزوعه نحو العنف ، في صورة الصياح أو القول أو الكلام ، أو يرتبط السلوك العنيف مع القول البذيء الذي غالبًا ما يشمل السباب أو الشتائم والتنابز بالألقاب ووصف الآخرين بالعيوب أو الصفات السيئة ، واستخدام كلمات أو جمل للتهديد ، والوعيد ، والإهانة ، وترويج إشاعة ضد فرد ، الانتقاد ، التأنيب ، الاستخفاف بفرد آخر واستصغار شأنه ، الشجار اللفظي .

٢- عدوان تعبيري أو إشاري :

يستخدم بعض الأطفال الإشارات في سياق سلوكهم العدواني مثل إخراج اللسان ، أو حركة قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة ، وربما استخدام الطفل البصق وما إلى ذلك .

٣- العدوان الجسمي العنيف :

يستفيد بعض الأطفال من قوة أجسامهم وضخامتها في إلقاء أنفسهم أو تعمد الاصطدام ببعض الأطفال ، ويستخدم البعض يديه كأدوات فاعلة في السلوك العدواني ، وقد تكون للأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوارًا مفيدة للغاية في كسب المعركة ، وربما أفادت الرأس في توجيه بعض العقوبات .

٤- العدوان الخلافي (التنافسي) :

غالبًا ما يكون السلوك العدواني حالة عابرة في سلوك الأطفال نتيجة الخلاف أثناء اللعب ، أو المنافسة ، أو الغيرة ، أو التحدي أثناء الدراسة ، وبعض المواقف الاجتماعية ، وعادة

١٣- المضايقة Peasing :

واحدة من صور العدوان التي تؤدي في الغالب إلى شجار Quarreling ، وتكون أحيانًا عن طريق السخرية والتقليل من الشأن .

١٤- البلطجة والتنمر Bullying :

ويكون الطفل المهاجم – الذي يستأسد على من هم أضعف منه – لديه تلذذ بمشاهدة معاناة الضحية ، وقد يسبب للضحية بعض الآلام منها الجسمية ، ومنها شد الشعر ، أو الأذن ، أو الملابس أو القرص .

١٥- تدمير الممتلكات :

تدمير ممتلكات شخص آخر ، أو تحطيمها ، أو تهشيمها ، إلحاق الضرر المادي ، تخريب الممتلكات الخاصة بالغير أو الممتلكات العامة وإتلافها ، الاستحواذ عليها بالقوة دون علم أصحابها ، أو نقلها إلى أماكن أخرى دون علم أصحابها .

١٦- العدوان الإيجابي :

وهو العدوان الصريح سواء كان لفظيًا أو بدنيًا ، مباشرًا أو غير مباشر يوجهه طفل ضد طفل آخر بطريقة واضحة ، كضرب طفل آخر ، أو نصب شرك لطفل آخر بهدف إيذائه ، أو إهانته .

١٧- العدوان السلبي :

وهو التعبير عن العدوان بطريقة ضمنية ، كرفض الحديث مع شخص آخر ، طفل زميل أو معلم ، أو رفض الموافقة على شيء ما سواء بطريقة شفوية أو مكتوبة ، وقد يكون في رفض أداء مهمة من المهام داخل الأسرة أو داخل الفصل .

أسباب السلوك العدواني لدى الأطفال :

لقد اهتم علماء النفس منذ فترة طويلة بأسباب السلوك العدواني لدى الأطفال ، وقد ازداد الاهتمام بدراسة هذه الأسباب بعد تفشي ظواهر العنف لدى الأطفال كنتيجة للتعرض لمشاهد العنف في التليفزيون ، وربط البعض بين أساليب تنشئة الطفل واكتساب الطفل للسلوك العدواني .

٩- العدوان الجمعي :

يوجهه الأطفال هذا العدوان ضد شخص أو أكثر من شخص مثل الطفل الغريب الذي يقترب من مجموعة من الأطفال منهمكين في عمل ما عند رغبتهم في استبعاده ، ويكون ذلك دون اتفاق سابق بينهم ، وأحيانًا يوجه العدوان الجمعي ضد الكبار أو ممتلكاتهم كمقاعدهم أو أدواتهم ، وقد يمثل أحد الأطفال صورة الكبير المقصود ، وينهال عليه باقي الأطفال عقابًا ، وحينما تجد مجموعة من الأطفال طفلاً تلمس فيه ضعفًا فقد تأخذه فريسة لعدوانيتهم .

١٠- العدوان العدائي :

إذ تعمد الطفل الانزلاق على السطح المائل كي يصدم طفلاً آخر أمامه ، وذلك انتقامًا من هذا الآخر الذي سبق أن أغضب الطفل الأول في شيء ما . فإن هذا يعد عدوان عدائيًا . آية ذلك أن الطفل قد عقد النية على أخذ حقه بهذه الطريقة المقصودة والمتعمدة ، وبعض الباحثين أمثال سيرز Sears ، وماكوبي Maccoby ، ليفين Lewin يرى أن العدوان الوسيلي والعدوان العدائي يمكن أن يشكلا معًا ما يمكن تسميته بالعدوان المقصود .

١١- العدوان الوسيلي :

عندما يسلك الطفل بطرقة عدوانية وسيلية يكون لديه هدف معين ، فعلى سبيل المثال ، حينما يحاول الطفل الانزلاق على السطح المائل ، لاحظ طفلاً آخر يقف في طريقه ، وهنا أقدم الطفل على دفع الآخر ، وبذلك يكون الطفل الذي دفع الآخر قد أقدم على سلوك عدواني وسيلي ، وخطورة هذا النوع تكمن في أن الطفل يتعلم الوصول إلى أهدافه عن طريق العدوان .

١٢- العدوان العشوائي :

قد يكون السلوك العدواني موجهًا نحو أهداف معينة واضحة ، وتكون له دوافعه وأسبابه البينة ، ويخدم غرضًا ، أو يؤدي إلى إحراز نجاحات مادية أو معنوية ، ولكن قد يكون السلوك العدواني أهوجًا وطائشًا ذا دوافع غامضة غير مفهومة ، وأهداف مشوشة وغير واضحة ، وتصدر من الطفل نتيجة عدم شعوره بالخجل والإحساس بالذنب Fealing of Guilt ، الذي ينطوي على أعراض سيكوباتية في شخصية الطفل ، مثل الطفل الذي يقف أمام بيته مثلاً ، ويضرب كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب ، وربما جرى خلف الطفل المعتدى عليه مسافة ليست قليلة ، وقد يمزق ثيابه أو يأخذ ما معه ويعود فيكرر هذا مع كل طفل يمر أمامه ، وربما تحايل عليه الأطفال ، إما بالكلام ، أو بالبعد عن المكان الذي يقف فيه هذا الطفل .

الأول : الموقف الذي يوجد به الطفل ، فإذا شعر الطفل بأنه مهاجم مثلاً فإنه يرد بشدة ، وكذلك إذا كان في حالة عدم استقرار انفعالي أو يعاني من قلق ، فإن رده على الإحباط يظهر في صورة أفعال عدوانية .

الثاني : شخصية الطفل ، فالطفل الاتكالي قد لا يشعر بالإحباط إذا ما سيطر عليه طفل آخر في حين أن الطفل الأكثر استقلالية يتمرد بشدة إذا ما حاول طفل آخر السيطرة عليه .

(٣) شعور الطفل بالنقص :

الشعور بالنقص في التحصيل الدراسي أو وجود نقص جسمي من عاهة أو خلل في الحواس ، يؤدي إلى أن يجد الطفل تعويضًا ينال به ذكرًا بين جماعته ولو هناك – إذن – نسبة من الأطفال تبدو عدوانيتهم نتيجة شعورهم بالنقص الجسمي أو العقلي في حال مقارنة أنفسهم بالآخرين ، ويكون منطلق ذلك مشاعر الدونية والنقص نتيجة عدم الاكتمال مثل الأطفال الآخرين .

وهناك الكثير من الأطفال العدوانيين يحتاجون إلى تأييد وتشجيع جماعة الأقران التي ينتمون إليها ، وهذا يعني أن هناك بعض الأطفال الذين سوف يتعرضون للمضايقات بشكل دائم من قبل زملائهم ، كما أنه هناك بعض المدارس مع الأسف التي تدعم – عن قصد أو غير قصد – هذا السلوك الذي يتبعه بعض الأطفال العدوانيين مع زملائهم لتشتيت تركيز الأطفال عن بعض الأمور الأخرى التي تحدث في المدرسة ، وهذا معناه أن الطفل العدواني سوف يحصل على مساندة كل من جماعة أقرانه والمدرسة ، مما يقلل من مدى مسؤوليته عما يصدر منه من أفعال .

(٤) تشجيع الوالدين لطفلهما ومكافأة سلوكه العدواني :

فالأب الذي يستجيب لطفله عندما تنتابه نوبة من نوبات الغضب إنما هو في الواقع يدعم سلوك الغضب ، وهناك من الآباء من يدعم السلوك العدواني صراحة عندما يرضى بهذا السلوك أو ينصح به بقوله (اللي يضربك اضربه) كما أن الطفل الذي يستسلم لزميله العدواني يدعم السلوك العدواني عند ذلك الأخير أي عند زميله .

(٥) تقليد السلوك العدواني لدى الآخرين :

إن مشاهدة الأطفال لنموذج عدواني تجعلهم يقومون بتقليده ، فلا غرابة إذا رأينا الطفل الذي يشاهد أباه يحطم كل شيء حوله عندما ينتابه الغضب أن يقوم بتقليد هذا السلوك العدواني ،

دوافع العدوان في مرحلة الطفولة :

هل يعود السلوك العدواني لدى الأطفال إلى عامل واحد ، أم أنه كسلوك إنساني يمكن إرجاعه إلى عدة عوامل ، تتفاعل مع بعضها البعض بشكل معين في مواقف متباينة فتؤدي جميعًا إلى هذا السلوك الذي يصفه المحيطون بالطفل بالعدوانية والعنف؟ واقع الأمر أن السلوك العدواني هو نتاج عوامل عديدة ... وهذه العوامل العديدة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

(١) عوامل بيولوجية غير مكتسبة :

أن السلوك العدواني يرتبط بنقائص فردية متأصلة في التركيب البيولوجي للفرد تتجسد في اختلالات جسمية ونفسية وعقلية ، وتنفجر في صورة سلوك عدواني مضاد للمجتمع ، عنيف يظهر في أشكال مختلفة من الانحرافات الضد اجتماعية ، قد تكون محصورة ومعروفة وقد تكون مستترة يغفلها القانون وتسقطها الإحصائيات .

حيث أنه رغم أن العوامل البيئية تسهم بقوة في ظهور السلوك العدواني ، إلا أنه من الخطأ أن تهمل الفروق الوراثية بين الأطفال ، والتي قد ترفع بصورة غير مباشرة من ميلهم إلى الاستجابة لأحداث البيئة بصورة عدوانية ، فهناك خصائص فطرية معينة قد تحدد أنواع الخبرات التي يكتسبها الطفل ، والتي يتعرض لها ، وبالتالي تؤثر على السلوك والشخصية .

(٢) مواقف الإحباط التي يتعرض لها الطفل :

وهي المواقف التي تقوم فيها الحواجز بين الطفل وإشباع دافع أو التي تحول دون تحقيق هدف أو تحقيق رغبة ، هذا وقد يكون مصدر الإحباط خارجيًا وهذا هو الأغلب كما يحدث عندما يمنع الوالد طفله من القيام بعمل ما ، وكثرة الأوامر والنواهي التي تقيد حركة الطفل ، أو إجبار الطفل على القيام بعمل معين لا يرغب في عمله ، أو منعه من القيام بعمل يرغب فيه .

وقد يكون مصدر الإحباط داخليًا ، كشعور الطفل بعجزه عن تحقيق غرض معين؛ حيث إن العلاقة بين الإحباط والعدوان عند الطفل تظهر في مواقف كثيرة ، فأطفال الروضة مثلاً تكثر لديهم الاستجابات العدوانية مثل الضرب والصياح والدفع . . الخ عندما يكونون مكدسين في مكان ضيق للعب؛ حيث إنهم في مثل هذا المكان يتعرضون لدرجة أكثر من العوامل الإحباطية التي تتمثل في عدم سهولة الحركة والتدخل فيما بينهم والإعاقة لحركة بعضهم البعض .

وتتوقف درجة الشدة التي تظهر بها الاستجابة العدوانية كرد فعل للإحباط على عوامل عدة منها – على سبيل المثال – العاملين التاليين :

يؤدي هذا السلوك إلى تراكم الشعور بالغضب والحقد والرغبة في الانتقام لدى الطفل ، وقد يؤدي كذلك إلى ردود فعل سلبية عنيفة وغير متوقعة .

وتحت عناوين متقاربة ، يشير الباحثون إلى أسباب العدوان ، أو دوافعه ، أو العوامل المسببة له ، وهي عوامل كثيرة إلى حد ما ، يرون من وجهة نظرهم أنها هي السبب في ظهور السلوكيات العدوانية لدى الأطفال ، ويمكن تناول هذه العوامل على النحو التالي :

(١) رغبة الطفل في التخلص من السلطة :

فيظهر السلوك العدواني لدى الطفل – في رأي هؤلاء الباحثين – حينما تلح عليه الرغبة في التخلص من ضغوط الكبار الراشدين التي تحول دون تحقيق رغباته .

(٢) شعور الطفل بالإخفاق (الفشل) والحرمان :

يظهر عدوان الطفل أحيانًا انعكاسًا للحرمان أن هناك ثلاث صور تسبب العدوان :

- **الأولى :** عدوان كاستجابة للتوتر الناشئ عن استمرار حاجة عضوية غير مشبعة .
- **الثانية :** عدوان يعقب الحيلولة بين الطفل وما يرغب فيه أو التضييق عليه .
- **الثالثة :** حرمان موجه لعدوان نتيجة هجوم مصدر خارجي يسبب الشعور بالألم .

وأحيانًا يفشل الطفل في تحقيق هدف ما أكثر من مرة مثل النجاح في لعبة فيوجه عدوانية إليها بكسرها أو بقذفها بعيدًا ، وفي بعض الأحيان حينما يشعر الطفل بحرمانه من الحب والتقدير رغم جهوده لكسب ذلك يتحول سلوكه إلى سلوك عدواني .

(٣) حماية الطفل حماية زائدة :

فالطفل المدلل الذي يحبه والده حبًا شديدًا زائدًا عن الحد – تظهر لديه المشاعر العدوانية أكثر من غيره ، فالطفل من هذا النوع ، وفي داخل هذه البيئة المنزلية شديدة الحماية ، لا يعرف إلا لغة الطاعة لكل رغباته ، ولا يتحمل أبسط درجات الحرمان ومن ثم تظهر سلوكياته العدوانية .

(٤) طبيعة العلاقات في داخل أسرة الطفل :

للعلاقات داخل الأسرة بين الوالدين أو بين الطفل وأحد الوالدين دورًا في دعم العدوانية لدى الأطفال .

ومعنى ذلك أن من العوامل المهمة التي تساعد على تنمية السلوك العدواني ، عند الأطفال هو عامل الملاحظة والتقليد .

(٦) قلة الحب والاهتمام وكثرة النقد الموجه للطفل :

الأطفال الذين لا يتلقون إلا القليل من الحب والاهتمام ، والذين دائمًا ما يتعرضون للنقد والتعنيف يكونون أكثر ميلاً إلى العدوان في علاقاتهم بغيرهم .

وقد أكدت نتائج البحوث والدراسات أن الشخصيات العدوانية نشأت في بيئات لا تجد فيها العطف والحب ، ولا تجد ضابطًا لسلوكهم ، ودائمًا ما يشعرون بأنهم كانوا غير مرغوب فيهم في بيئتهم الأسرية ... فجميعهم لم يخبروا أبدًا الشعور بالأمان والاطمئنان في معظم مراحل حياتهم ، وبالتالي لم يعرفوا معنى التضحية والسمو بالأخلاق ، مما جعلهم ينحدرون إلى مثل هذا المستوى المتدني الذي نراه في سلوكهم من ميول عدوانية ، وضعف الضمير ، والشعور بالنرجسية متمثلاً في الأنانية المفرطة وحب الذات ، وفقدان القدرة على التوافق الناجح ، مما يجعلهم يميلون إلى اتخاذ مواقف عدائية كما يميلون إلى استغلال الآخرين وإلى إلحاق الضرر بهم ، فقد حدث تعطل وفشل في نموهم الانفعالي ، وفي إقامة علاقة اجتماعية سوية نتيجة للاتجاهات السلبية نحو المجتمع التي يحملونها منذ طفولتهم بسبب النبذ والإهمال ، والانفصال ، والتصدع داخل أسرهم المضطربة التي عاشوا في ظلها .

(٧) تعرض الطفل للعقاب عندما يصدر عنه سلوك عدواني :

إن استخدام الآباء للعقاب البدني لسلوك أبنائهم العدواني ، لا يؤدي إلى التقليل من العدوانية ولا اقتلاعها ، فالأب الذي يستخدم العقاب البدني إنما يجعل من نفسه قدوة أو نموذجًا عدوانيًا يقلده الطفل . ذلك أن عقاب الطفل بدنيًا يعزز لديه أن العدوان والقسوة شيء مسموح به فيمارسه القوى على الضعيف .

(٨) التواصل العدواني :

هو أحد أساليب التعامل مع الأطفال وتوجيه سلوكهم ، وهو أسلوب يقوم على التهديد والوعيد ويلوح باستخدام أقصى أنواع العقاب إذا لم تتم الاستجابة للتعليمات ، وقد ينتج عن هذا النوع من التواصل طاعة مؤقتة ومحددة وتلبية للأوامر والتعليمات في وجود صاحب الشخصية المتشددة (سواء كان ذلك الشخص هو الأب أو الأم أو المدرس) ولكن على المدى البعيد يمكن أن

حيث نجد أن باندورا يرى أن الطفل يتعلم سلوكًا جديدًا بمجرد مراقبته لفرد آخر يمارس هذا السلوك ، وقد لوحظ ازدياد درجة العدوانية لدى الأطفال الذين شاهدوا نماذج عدوانية لأشخاص مع لعب بلاستيكية أو أقلام مصورة عن أشخاص يتصرفون بعدوانية أو نماذج كرتونية تتصرف بعدوانية ، وتحطم نماذج العدوانية الحواجز التي تحول دون الطفل وممارسته للعدوانية ، فوجود الطفل بين مجموعة أطفال يمارسون هذا السلوك بشكل عاملاً رئيسيًا في القضاء على الحواجز التي تحول دون ممارسة الطفل لهذا السلوك .

(٨) التساهل إزاء عدوان الأطفال :

لعدة سنوات كانت النصيحة الموجهة للمربين هي تجاهل العدوان الذي ينشب بين الأطفال ، ولكن تؤكد البحوث والدراسات الحديثة أن الأمهات اللاتي يتجاهلن السلوك العدواني لأطفالهن يتميز أطفالهن بأنهم أكثر عدوانية من أطفال الأمهات اللاتي لا يتجاهلن السلوك العدواني لأطفالهن ، كما أن هناك ارتباط بين التساهل وظاهرة العدوان ، فكلما زادت عدوانية الطفل كان أكثر استعدادًا للتساهل مع غيره من الأطفال ، كما أن تساهل المعلمين أو تجاهلهم لعدوانية الأطفال يرفع مستوى العدوانية لدى هؤلاء الأطفال .

(٩) غيرة الطفل من نجاح أطفال آخرين :

الأساس في انفعال الغيرة هو متغيرات القلق والخوف وضعف الثقة بالنفس ، ونتيجة عدم راحة الطفل لنجاح غيره من الأطفال يكون من الصعب عليه الانسجام معهم أو التعاون مع بعضهم ، وربما اتجه إلى الانزواء ، أو إلى التشاجر معهم أو التشهير بهم ، وأحيانًا يظهر الأمر أكثر وضوحًا بين الطفل وأخيه الذي يتميز عليه في بعض الأشياء ، كاقتناء بعض الممتلكات ، أو الاستحواذ على الحب والعطف من الآخرين ، وهذا ما يجعلنا نشاهد سرعة تغير سلوك الطفل الغيور من الود والحق تجاه أخيه إلى صراخ وعدوان .

(١٠) رغبة بعض الأطفال في جذ انتباه المحيطين بهم :

بعض الأطفال يحاولون جذب انتباه أقرانهم أو الراشدين المحيطين بهم باستعراض القوة عند ممارسة السلوك العدواني .

(١١) استمرار شعور الطفل بالإحباط :

ذلك أن استمرار شعور الطفل بالإحباط لمدة طويلة ، وعلى فترات متقاربة يجعله عدوانيا .

ومن توصيات أحد الباحثين البارزين في هذا المجال وهو سيرز Sears أن الطفل غالبًا لا يكون عدوانيًا إذا كان الأبوان يعتبران العدوان أمرًا غير مرغوب فيه ، أو لا يجب ممارسته ، إلا أن باندورا Bandura يرى أن الأطفال الذين يعاقبون على عدوانيتهم في المنزل يكونون عدوانيين في أماكن أخرى .

كما أن لثقافة الأسرة دور كبير في تحديد مسؤوليات العدوان التي يجب أن يتخذها الطفل تجاه ما يقابله .

(٥) شعور الطفل بعدم الأمان :

فشعور الطفل بعدم الأمان ، وعدم الثقة ، أو الشعور بالنبذ ، أو الإهانة والتوبيخ قد يحوله إلى طفل عدواني .

(٦) شعور الطفل بالغضب :

الغضب حالة انفعالية يشعر بها الأطفال ، ولكن هناك فروق بين الأطفال في تعبيرهم عن هذا الانفعال ، فبعض الأطفال يتجه إلى الهدم أو الإتلاف لبعض ما يحيط به ، والبعض يعاقب نفسه ، ويصر بذاته بشد شعره ، أو ضرب رأسه بالأثاث .

وتأخذ نوبات الغضب لدى الأطفال مظهرين أو أسلوبين :

- **الأول :** الأسلوب الإيجابي الذي يستخدم فيه الطفل الصراخ والضرب أو الرفس أو الرحم بالحجارة أو إتلاف الأشياء ، والقسوة ، والتهديد والتخريب والعدوان .
- **الثاني :** الأسلوب السلبي الذي يصحبه الانسحاب والانطواء وكبت المشاعر والانفعالات وثورات الغضب ، وما إلى ذلك من إضراب عن الطعام أو عن الكلام .

ويعتبر الأسلوب الأول الإيجابي سمة للشخصية المنبسطة Extroverts أما الأسلوب الثاني السلبي فهو سمة للشخصية المنطوية Introverts ، وهذا النوع الأخير – وإن كان في ظاهرة الهدوء وعدم إظهار الانفعالات – إلا أنه يضر بالطفل ويؤدي إلى احتمال انفجاره كنتيجة طبيعية لكبت انفعال الغضب ، أو ربما يؤدي إلى أحلام اليقظة وما إلى ذلك من جلول وهمية .

(٧) تعلم واكتساب الطفل للعدوان :

ويرى باندورا وزملاؤه Bandura et al . (١٩٧٣) أن الطفل العادي يكتسب من النماذج التي يحترمها أو يحبها السلوك العدواني والاتجاهات العدوانية ، بل حتى العاطفة العدوانية ، وطريقة التعبير عنها ، وفي أي المواقف .

(١) النظرية البيولوجية :

ترجع أصول النظرية البيولوجية أو مدرسة "لمبروزو" Lombroso إلى منتصف القرن التاسع عشر ، والتي توصل منها "لمبروزو" إلى أن المجرم الحقيقي هو المجرم بالفطرة ، أي الذي يولد بطبيعته بناء على ما ورثه من آبائه وكان لمبروزو أستاذًا للطب العصبي بجامعة Pavia ، وقد أتاحت له خدمته في الجيش ملاحظة بعض مميزات الجنود الأشرار ، والتي لم تكن متوافرة في الجنود الأخيار ، ومنها شامات ورسوم قبيحة كانوا يحدثونها على أجسامهم ، وقد وجد من خلال تشريح جثث كثير من المجرمين وجود عيوب في تكوينهم الجسماني ، وعند فحص جماجمهم لوحظ وجود شذوذ في الأسنان وحجم الجبهة ، وكثافة شعر الجسم وكبر الأذنين ، وعندما قام بتشريح جثة اللص الإيطالي "فيليلا" ، وجود تجويفًا في مؤخرة الجمجمة ، يشبه التجويف الموجود في مؤجرة جماجم القرد ، ولاحظ نتوءات شاذة في المخ وملامح غريبة في تكوينه الجسمي تشبه ملامح الإنسان البدائي ، وكذلك الحال بالنسبة للسفاح الإيطالي "فيني" والجندي الإيطالي الشرس "مسيديا" وغيرهم ، وافتراض من دراساته أن المجرم وحش بدائي لا يستوعب قوانين ونظم مجتمعه وينساق وراء نزعاته البهيمية الشرسة ، غير مبال بما يصيب الضحية من آلام .

أن لمبروزو كما اعتبر أن الصفات الجسمانية متوارثة ، فقد اعتبر أيضًا الصفات السيكولوجية متوارثة ، ومن هذه الصفات القدرة على مقاومة الألم ، وحدة البصر ، والكسل ، وعدم الشعور بالعار أو الندم أو الشفقة ، وسرعة الاستثارة والغرور .

أما النظرية البيولوجية في العصر الحديث فهي على العكس من النظرية القديمة ، فهي تركز على الصفات والجينات الجنسية والهرمونات والغدد الصماء ، والتأثيرات البيوكيميائية ، والأنشطة الكهربية في المخ والقوة العضلية وغيرها .

كما أن الغدة النخامية تقوم بوظيفة السيطرة على الغدد الصماء المختلفة وتعمل على تنشيطها أو تقليص إفرازها واستنادًا لهذا الدور الذي تلعبه الغدة النخامية وسائر الغدد صنف العلماء عمل هذه الغدد إلى صنفين تمتد بينهما فئات متوسطة فميزو بين زيادة الإفراد ونقصانه ، فإذا زاد إفراز النخامية نتج عن ذلك زيادة غير طبيعية في نشاط الفرد ونموه كما يزداد حجم الوجه واليدين والرجلين وتزداد قوة العضلات ، ويتصف بكثرة الحركة وشدة الانفعال ، ويصبح مستعدًا دوما للمشاجرة والتعدي ، وقد أيد بعض الأطباء هذه الظاهرة نتيجة لاستئصالهم الغدة النخامية من كلاب معروفة بشراستها فتبين لهم أنها أصبحت هادئة ووديعة بعد عملية الاستئصال هذه ومن ثم عادات إلى شراستها الأولى بعد حقنها بهرمونات النخامية مجددًا .

ويلخص البعض أسباب السلوك العدواني لدى الطفل في النقاط التالية :

١- الرغبة في الاستقلال عن الكبار ، والتحرر من السلطة التي تحول دون تحقيق رغباته وإشباع حاجاته .

٢- العقاب الذي يتوقعه الطفل نتيجة عدوانيته .

٣- بعض العوامل الجسمية مثل التعب والجوع .

٤- الشعور بعدم الأمان أو النبذ أو الغيرة .

٥- تعرض الطفل لأزمات نفسية ومواقف وتجارب جديدة انفعالية وعاطفية مثل دخول الطفل المدرسة لأول مرة .

٦- الشعور بالفشل أو الحرمان من الحب يجعل الطفل يعتدي على الأشياء ، أو على نفسه في مظاهر متعددة مثل قضم الأظافر وكثرة المشاجرات والعناد والعصيان ، أو نتيجة لشعوره بالغضب الذي هو استعداد طبيعي وفطري في الإنسان.

نظريات تفسير العدوان :

لقد تناولت نظريات عديدة السلوك العدواني بصفة عامة ، والسلوك العدواني لدى الأطفال بصفة خاصة ، وقد حاولت كل نظرية من هذه النظريات تفسير هذا السلوك من وجهة نظرها ، وفي ضوء الإطار النظري الذي تنطلق منه ، ولهذا نجد أن من النظريات من يعتبر السلوك العدواني سلوكًا فطريًا يولد به الإنسان ، ويأتيه بحكم تكوينه البيولوجي والفسيولوجي ، ومنها من اعتبره سلوكًا مكتسبًا يتعلمه الإنسان من البيئة التي يعيش فيها ، ومنها من يعتبره سلوكًا يرتبط بنوع وطبيعة الثقافة العامة التي تسود المجتمع وما يعانيه من مشكلات ، ومنها ما يعتبره سلوكًا يرتبط بشكل أكبر بالثقافات الفرعية الخاصة بظروف الأسرة ، وما يسودها من علاقات وأجواء ونظم وأساليب للتنشئة الاجتماعية والطبقة التي تنتمي إليها ، والمدرسة وما يشيع فيها من ظروف تربوية ، ومنها ما يعتبره سمة من سمات الشخصية موجودة عند جميع الناس بدرجات متفاوتة ... وما إلى ذلك من تفسيرات .

وفيما يلي عرض لبعض آراء ووجهات نظر بعض المدارس النفسية فيما يتعلق بالسلوك العدواني عامة ، ولدى الأطفال على وجه الخصوص .

أولاً : نظريات العدوان الفطري :

ويمثلها النظرية البيولوجية ، ونظرية التحليل النفسي والنظرية الأيثولوجية ونظرية السمات ، ونعرض لكل منها على النحو التالي :

وفي أفلام العنف والجريمة ، وينخفض دافعه للعدوان بدون اعتداءات حقيقية ويكتفي بممارسة العدوان على مستوى خيالي .

(٣) نظرية التحليل النفسي :

تصف نظرية التحليل النفسي الغريزة بأن لها مصدرًا وموضوعًا ، وأنها ترمي إلى أهداف ، فأما مصدرها فحالة من الاهتياج تحدث داخل الجسم ، وأما هدفها فإزالة هذا الاهتياج ، وفي أثناء الطريق الذي يصل بها من مصدرها إلى هدفها يبدو نشاطها في الناحية النفسية فهي مقدار معين من الطاقة يقتحم طريقة في اتجاه معين ويقول فرويد Frued أنه بعد تذبذب وتردد طويلين استقر رأينا على افتراض وجود غريزتين أساسيتين فقط هما الإيروس (غريزة الحياة) والثاناتوس (غريزة الموت) ، ويمكن أن نتصور أن الغاية القصوى لغريزة التدمير أو الموت هي رد الكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية ، تظل هذه الغريزة ساكنة ما دامت تعمل في الداخل بوصفها غريزة الموت ، ولا تظهر لنا إلا بعد أن تتحول إلى الخارج بوصفها غريزة التدمير ، وبتكوين الأنا الأعلى تثبت كميات كبيرة من الغريزة العدوانية داخل الأنا وتتجه ضد الذات على نحو تدميري .

غير أن المحللين النفسيين الجدد غيروا من وجهة نظرهم تجاه نشأة السلوك العدواني وأسبابه ، حيث نجدهم يرفضون وجهة نظر فرويد عن غريزة الموت ، وإن كانوا يقبلون فكرة العدوان كغريزة فطرية .

كما أن "يونج Jung وحد بين غريزتي الموت والحياة تحت اسم الليبدو ليصبح شكلاً واحدًا ذا وجهين متناقضين هما الحب والكراهية فعندما لا يوجد الحب وهو الوجه الإيجابي يظهر الوجه الآخر السلبي وهو الكراهية والتدمير؛ حيث إن سيكولوجية الأنا تقوم على الإدماج الداخلي اللاشعوري ، ليس فقط لموضوع الحب بل أيضًا لموضوع الكراهية والذي يستمر مكبوتًا ويشكل تهديدًا كامنًا للأنا ، وأحيانًا ينفجر هذا التهديد للخارج في شكل سلوك عدواني عند مواجهة أي إحباط .

بينما يشير أدلر Adler (١٨٧٠- ١٩٣٧) وهو أحد التحليليين النفسيين بنى نظريته أيضًا على وجود غريزية عدوانية أولية ، وذلك أن الحافز أو الدافع العدواني أكثر أهمية من أن حافز أو دافع الجنس ، وبعد ذلك حلت إرادة القوة محل الحافز العدواني وتخلى عنها "أدلر" مفضلاً فكرة الكفاح في سبيل التفوق ، والذي ظل متمسكًا بها بعد ذلك .

(٢) النظرية الأثيولوجية :

وضعها كونراد لورانز K ., Loranze في الخمسينيات من هذا القرن حيث جعل العدوان غريزة وهذه النظرة إلى الغريزة العدوانية على أنها غريزة رئيسية لا يمكن الاستغناء عنها ، وإن البقاء والتطور لا يمكن أن يستمرا لو أن الكائنات ليست لها قوة لحماية منطقتهم ضد التدخل وللدفاع عن صغراهم والانشغال في مشاحنات لكي تختار أقوى العينات للتكاثر ، وهذه القوة أو هذا الدافع هو أحد مقومات الحياة التي لا غنى عنها ، ويرى كونراد لورانز K., Loranze أن العدوان يتضمن نظامًا فطريًا يولد بذاته ، فالطاقة العدوانية تنطلق من هذه الغريزة وتنمو تلقائيًا داخل الفرد ، وأن الحافز للمقاتلة يتصاعد تدريجيًا حتى يطلق له العنان بمنبه ملائم ، وأحيانًا أخرى إذا تراكمت الطاقة العدوانية لمدة طويلة فإن العدوان الصريح يظهر تلقائيًا مع عدم انطلاق المثير المفجر للعدوان بصورة مرئية ، وطبقًا لهذه النظرية فإن الطاقة العدوانية متراكمة ومتصلبة ويجب أن يعبر عنها الشخص في صورة ملائمة قبل أن تنفجر بذاتها في صورة لا سوية .

كما أن أحد الجوانب المهمة لنظرية "لورانز" هو أن الكائن الحي إذا لم يكن لديه الفرصة ليسلك بصورة عدوانية بكل دوري فإنها تتراكم ثم يعبر عنها حتى لو لم يكن هناك دوافع بيئية موجودة؛ حيث إن الافتراض الرئيسي للنظرية الأخلاقية هي أن التغيرات الصارخة للعدوان عند البشر يمكن إيقافها بالسماح للفرد بالانشغال في حكايات متكررة من العدوان الأقل أثرًا .

كما يربط "لورانز" K . Loranz(١٩٦٩) كأحد أتباع مدرسة التحليل النفسي "غريزة العدوان" بحاجة الإنسان إلى التملك والسيطرة ، ولذلك افترض أن الإنسان يعتدي لإشباع حاجته الفطرية للتملك والدفاع عن ممتلكاته؛ فعندما يشعر بتهديد خارجي لنفسه ، أو لعرضه أو ممتلكاته ، تنتبه غريزته العدوانية ، فتتجمع طاقتها ويغضب ويتوتر ، ويختل اتزانه الداخلي ، ويتهيأ للعدوان لأية إثارة خارجية بسيطة ، وقد يعتدي بدون إثارة خارجية ، حتى يفرغ طاقته العدوانية ويخفف توتره النفسي ، فيعود إليه اتزانه الداخلي ، فإلحاح غريزة العدوان – من وجهة نظر "لورانز – كإلحاح غريزة الجنس ، لا يتوقف حتى يتم تصريف طاقاتها في عدوان مباشر Direct aggression على مصدر التهديد والإثارة ، أو في عدوان بديل Substitute aggression إذا تعذر الاعتداء على مصدر العدوان والإثارة ، فعندما يُمنع الإنسان من العدوان لا يهدأ ، ويستمر توتره ، حتى يصرف طاقته ويفرغها ، إما بالاعتداء على مصدر بديل أو في نشاطات رياضية عنيفة ، وقد يفرغ الإنسان طاقته العدوانية في صورة عدوان خيالي (وهمي) Fantasy Aggression من خلال توحده مع شخصيات المعتدين في المشاجرات والمشاحنات ،

آخر ، إلا أنها – أي "كلاين" – لا تزال تعتقد أن هذه النوازع تنبثق من إعادة توجيه غريزة الموت نحو العالم الخارجي ، كما أنها تكتب عن العدوان عادة على أنه كراهية وشراهة وطمع وحسد وحنق ، وتولي اهتمامًا ضئيلاً لأي نواح إيجابية فيه .

وقد تم توجيه الكثير من الانتقادات والاعتراضات ، بل والرفض لهذه النظرية – نظرية التحليل النفسي – من كثير من العلماء؛ حيث لم يوافق الكثير من علماء النفس الذين لا ينتمون إلى المدرسة التحليلية على اعتبار أن العدوان دافعًا فطريًا في الإنسان ، إذ أن ذلك يعطي فكرة سلبية ومتشائمة عن الطبيعة الإنسانية ، حيث يبدو الإنسان من وجهة النظر هذه ميالاً بفطرته إلى الشر والعدوان وإيذاء الآخرين ، وأن المجتمع إذا تقبل نظرية غريزة العدوان فيجب عليه أن يتقبل السلوك العدواني وكأنه حق طبيعي ، أو ناتج بيولوجي طبيعي لا يمكن منعه .

(٤) نظرية السمات :

كان إيزنك H . Eysenck اهتم بالعدوان كسمة فى بحثه الذي نشر عام (١٩٧٧) الذي انتهى فيه إلى أن العدوان يمثل القطب الموجب في عامل ثنائي القطب شأنه في ذلك شأن بقية عوامل السمات الانفعالية للشخصية ، وأن القطب السالب في هذا العامل يتمثل في اللاعدوان أو الحياء والخجل ، وأن بين القطبين مدارج من العدوان إلى اللاعدوان تصلح لقياس درجة العدوانية عند مختلف الأفراد .

وفي ضوء تلك النظرية نجد أن الأطفال عن طريق الثواب والعقاب وعن طريق الملاحظة ومشاهدة أفلام العنف يتعلمون العدوان بسرعة ، ويشجعهم على تعلمه وتكرار استخدامه بعض الظروف الاجتماعية ومن أهمها :

١- عدم الحزم في الأخذ على أيدي المعتدين ، وعدم الالتزام بتطبيق القوانين والشرائع الرادعة تجعلهم يجنون ثمار عدوانهم ويعزز سلوكهم فيكررونه في مواقف كثيرة .

٢- ضعف الضحية وعدم قدرتها على دفع العدوان عن نفسها ، ويغريهم بالعدوان عليهم ويجدون في ضعفها تدعيمًا لسلوكهم ، فسيتأسدون عليها ويجاهرون بعدوانهم تجاهها ، فالسلوك العدواني وفقًا لنظرية السمات يعتمد إلى حد ما على طبيعة كل موقف على حدة ، فبعض هذه المواقف يميل إلى إثارة السلوك العدواني ، وسوف يظهر كل فرد السلوك العدواني تجاهها ، ولكن بدرجات متفاوتة ولكن النقطة الهامة هي أن بعض الأفراد يظهرون في موقف معين سلوكًا عدوانيًا أكثر مما يظهره غيرهم في نفس الموقف ، وربما يظهرون كذلك سلوكًا عدوانيًا في عدد كبير من

وعلى ذلك فإن تفكيره فيما يتعلق بالهدف النهائي لسلوك الإنسان قد مر بثلاث مراحل هي :

١- أن يكون الإنسان عدوانيًا .

٢- أن يكون الإنسان قويًا .

٣- أن يكون متفوقًا .

وعلى أساس ذلك حدد "أدلر" ثلاثة عوامل مهمة هي مؤثرات مبكرة تعد الطفل لاتخاذ أسلوب خاطئ في الحياة .

- أطفال يعانون من مشاعر النقص .
- أطفال مدللون .
- أطفال مهملون .

ويرى أن أطفال العامل الأول سوف ينوؤن تحت حمل الحياة ، أما أطفال العامل الثاني فالتدليل أكبر نقمة تلحق بالطفل ، فلا ينمو لديهم شعور اجتماعي ، ويصبحون طغاة متسمون بالعدوانية ، يتوقعون دائمًا من المجتمع أن يمتثل لرغباتهم التي هي تتمركز حول ذواتهم ، وهؤلاء يكونون أخطر طبقة في المجتمع ، أما أطفال العامل الثالث فيصبحون عند الرشد أعداءً للمجتمع ، تسيطر عليهم الحاجة إلى الانتقام منه .

وجاءت كارين هورني Horny ., K بعد ذلك وفسرت العدوان على أنه استجابة الفرد للقلق أساسًا ، فالشعور بالعجز في عالم عدائي يخلق إحدى استجابات ثلاث : يتحرك نحو الناس ، ويتحرك ضد الناس لأنه يسلم جدلاً بأن العداء هو طبيعة العالم ويجب أن يتصدى له بالفتك وأن الناس ليسوا محل ثقة ففي غابة الحياة يجب أن يكون الفرد هو البادئ بالعدوان .

كما أولت ميلاني كلاين Melanie Klen وهي من أبرز المؤديين لنظرية "فرويد" في ميدان التحليل النفسي اهتمامًا خاصًا بالعدوان ، وكانت ترى أنه يعتمل داخل الطفل منذ بداية الحياة ، وترى كلاين أن كل طفل يعاني منذ اللحظة الأولى للميلاد أو حتى قبل الميلاد صراعًا فطريًا بين الحب والكراهية ، وكانت تعتقد أن قدرة الفرد على أن يخبر كلاً من الحب والنوازع الهدامة هي قدرة فطرة (يولد بها الفرد) إلى حد ما ، برغم أنها تختلف منذ البداية من فرد إلى آخر في القوة والتفاعل مع الظروف الخارجية ، ويكون هذا الدافع عنيفًا جدًا حتى أن الطفل يمر بخبرات من القلق الشديد الذي يدور حول أولئك الذين يعتدون به ، ويدور كذلك حول دماره هو نفسه ، وأن التصارع بين غرائز الحياة والموت ، وما يتبعه من تهديد بفناء الذات يعتبر من العوامل الأساسية في تحديد العلاقة بين الطفل وأمه ، ورغم اختلاف نوازع الهدم من فرد إلى

وقد تبنى جون دولارد وآخرون J . Dolard et al . مسلمة أن "الإحباط سيؤدي إلى سلوك عدواني والعكس صحيح" بمعنى أن حدوث السلوك العدواني ينتج في كل الأحوال عن الإحباط ، ولقد تم توضيح الأسس النفسية المحددة لهذه العلاقة في شكل مجموعة من الاستنتاجات العامة التي توصلوا إليها وتتلخص في خمسة أسس هي :

واعتبر أنصار هذه النظرية أن العدوان استجابة فطرية للإحباط Innate reaction of Frustration تزداد شدته وتقوي حدته كلما زاد الإحباط وتكرر حدوثه ، فإذا منع الإنسان من تحقيق هدف ضروري له شعر بالإحباط (خبرة مؤلمة) واعتدى بطريقة مباشرة على مصدر إحباطه ، إن وجد في نفسه الشجاعة على مهاجمته ومعاقبته ، أو بطريقة غير مباشرة (عدوان غير صريح) إن خاف من الانتقام .

وهناك مصادر محتملة كثيرة قد تتعارض مع تحقيق هدف من الأهداف ، فقد تكون العراقيل خارجية ، ممثلة في أي شيء يمنع الفرد فيزيقيًا من الوصول إلى الهدف ، وقد تكون العراقيل داخلية فربما يكون موضوع الهدف من الممنوعات والمحظورات ، ولذلك يعلق الاتجاه نحو الهدف بالخوف من العقاب ، أو أن الفرد تعوزه القدرة على الوصول إلى هدفه وبالتالي يواجه إحباطًا مستمرًا في سعيه وجهده .

كذلك يذهب أصحاب هذه النظرية إلى أن الفرد عندما يتم تعرضه للإحباط وتكون كل المخارج الممكنة للعدوان مسدودة سدًا منيعًا تامًا ، فإن العدوان قد يستدير ليتجه نحو الذات في صورة كراهية للذات أو نقد للذات أو انتحار .

(٤) نظرية التعلم الاجتماعي :

لقد أجرى ألبرت باندورا A . Bandura رائد نظرية التعلم الاجتماعي عددًا من الدراسات التي تتعلق بالعدوان ومسبباته ، شرح فيها كيفية اكتساب الأفراد للسلوك العدواني من خلال ملاحظتهم للنماذج العدوانية .

وقد أوضح باندورا تفصيلاً أن تعلم السلوك بالملاحظة يتم في ضوء أربع عمليات هي كالتالي :

١- **إن مقدار تعلم شخص لنماذج سلوكية ما يتعلق بدرجة انتباهه لهذه النماذج** : فالطفل لن يتعلم وفقًا لهذه النظرية . السلوك العدواني إذا لم يوجه انتباهه إلى نماذج عدوانية ، فإذا لم ينتبه بدرجة كافية إلى مشاهدة عنف في التلفاز أو البيئة الاجتماعية المحيطة ، فإنه لن

المواقف أكثر من غيرهم أيضًا ، وهكذا يمكن القول بأن مثل هذا السلوك المميز إنما هو تعبير عن سمة العدوان في الفرد .

ثانيًا : نظريات تعلم السلوك العدواني :

(١) النظرية السلوكية :

اهتم أصحاب النظرية السلوكية كمدرسة ثانية من مدارس علم النفس – بتفسير السلوك العدواني – وذلك لكون هذا السلوك قابلاً للملاحظة والقياس ولا غرابة في ذلك لأن علم النفس – من وجهة نظرهم – هو العلم الذي يدرس السلوك القابل للملاحظة ، والذي يمكن إخضاعه للقياس والتجريب ، ولذلك فقد نبذ "جون واطسون" – رائد هذه النظرية– فكرة الغريزة التي قال بها التحليليون ولم يركز على أهمية الوراثة ، ومن ثم احتلت البيئة عنده المكانة الأولى في تحديد السلوك .

ويعد المنهج السلوكي منهجًا مهمًا في تفسير السلوك العدواني؛ حيث يرى أن العدوانية هي عادة الهجوم لدى الشخص ، سواء كان عدوانًا لفظيًا أو بدنيًا .

وقد ذكر واطسون عبارة شهيرة : "لو وضع تحت تصرفي اثنا عشر طفلاً رضيعًا يتمتعون بصحة جيدة وبنية سليمة وطلب مني أن أعلمهم بالطريقة التي اعتقد أنها المثلي فأنا كفيل بأن أجعل من بينهم الطبيب والمحامي واللص بصرف النظر عن ميولهم ومواهبهم وقدراتهم ومهن آبائهم والجنس الذي ينتمون إليه" .

وعليه فإن الطفل وفقًا للنظرية السلوكية أمامه احتمالات لا حصر لها لاكتساب السلوك ويقوم الآباء في البداية بتدعيم سلوكه ، ومن ثم تشكيل نموه في اتجاهات محددة ، ويسلك الطفل بموجب ما أعقب سلوكه من إثابة في حين يضعف السلوك الذي لا يتم تدعيمه ، وبتقديم وتطور نمو الطفل يتشكل سلوكه في أنماط وفقًا لخبراته التدعيمية أي بالمفهوم التقليدي تظهر شخصيته .

(٢) نظرية الإحباط والعدوان :

أما نظرية الإحباط – العدوان Prustration – Aggression theory أكد القائلون بها وأنصارها (دولارد Dollard ، ميللر Miller ، سبنس Spence ، سيرزSears) أن العدوان أمر ناتج عن الإحباط ، بمعني أن الإحباط يؤدي إلى وجود دافع للعدوان ، وهذا يقود إلى سلوك عدواني مباشر .

٣- مشاهد العنف في التلفاز تعتبر نموذجًا للسلوك العدواني يحاول الأطفال تقليدها .

قياس السلوك العدواني :

إن أهم ما يوجه لقياس السلوك العدواني من نقد هو مشكلة التشويه الدافعي -أي الخداع المتعمد من قبل المفحوصين -وتغيير الاستجابة على المقياس وتزييفها لدافع معين أو ليبلغوا حاجة في صدورهم ، فالفرد يستجيب للمقياس بطريقة معينة بحيث يقدم فيها نفسه في صورة مقبولة وجذابة ، وذلك حتى يحدث انطباعاً حسناً وأثراً جيداً من جانب مطبق المقياس ، وتسمى هذه العملية بالتأثير الواجهي أو الدفاعي وهي جهد متعمد لدى الفرد لتقديم صورة محببة عن نفسه وحسنة التوافق ، فتأتي استجابته متمشية مع المرغوبية الاجتماعية .

لهذا يعتمد على تقديرات الآخرين عند قياس السلوك العدواني ، ولا نعتمد على التقارير الذاتية لأن ذلك يبعدنا عن تزييف استجابات المفحوصين التي تتمشى مع المرغوبية الاجتماعية . ولهذه الطريقة عدة مزايا منها ما يلي :

١) أنها تقضي على عدم قدرة الشخص في التعبير عن اتجاهاته وأفكاره وسلوكه .
٢) تقضي على مقاومة الأفراد في التحدث عن أنفسهم بصراحة أو الاستجابة لعبارات المقاييس . فهي لا تتأثر برغبة الشخص أو عدم رغبته في التحدث عن نفسه . كما أنها تقضي على التزييف في استجابات المفحوصين والناتجة عن الميل للمرغوبية الاجتماعية .

ومن بين من يمكن اختيارهم عند تقدير السلوك العدواني لدى الأطفال ، كل من الآباء والأقران والمعلمين ، ولكن يتميز المعلمون عن غيرهم في تقدير السلوك العدواني لعدة أسباب منها ما يلي :

١) أن هؤلاء المعلمين والمعلمات وخاصة في المرحلة الابتدائية هم مدرسي فصول ولذا يتاح لهم فرصة كبيرة لملاحظة سلوك التلميذ عن قرب ولمدة طويلة يومياً ، كما أنهم في كثير من الأحيان يقضوا مع هؤلاء التلاميذ أكثر من عام دراسي .
٢) الخبرة الطويلة في مجال العمل المدرسي .
٣) تنظيم المدرسة لرحلات دورية يكون المدرسون مشرفين فيها على التلاميذ ومن ثم تتاح لهم الفرصة لملاحظة سلوكهم أثناء النشاط الحر .

أما بالنسبة لاستبعاد الوالدين ، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، والزملاء والإداريين في تقدير السلوك العدواني لدى الأطفال فإن ذلك يرجع إلى عدة أسباب هي :

يكتسب النماذج السلوكية العدوانية فيما بعد ، والعكس صحيح أي يكتسب تلك النماذج السلوكية العدوانية التي ينتبه لها .

٢- **عمليات الاحتفاظ** : وهي تخزين النماذج السلوكية في الذاكرة ، وعملية الاحتفاظ هذه غير مستقلة عن عملية الانتباه ، فالانتباه يتيح فرصة أفضل لتخزين النماذج السلوكية في الذاكرة ، فالطفل الذي لم ينتبه إلى نماذج سلوكية عدوانية ، لن يحتفظ في ذاكرته بصور أو نماذج ما ، وبالتالي لن يحدث التعلم .

٣- **عمليات الإصدار الحركي** : وهي توضح أن الحركة الصادرة منهم شخص ، والتي تعبر عن سلوك متعلم ، تشير بالضرورة إلى أن هذه الحركة أو هذا السلوك المتعلم بمثابة خبرة أو خبرات مختزنة في ذاكرة هذا الشخص ، وعليه فالسلوك العدواني تعبير عن نماذج عدوانية مختزنة ، أساسًا في ذاكرة الفرد منذ زمن ، أي تم تحويل هذه النماذج إلى أنماط حركية أو سلوكية تعرف فيما بعد بسلوكيات عدوانية .

٤- **العمليات الدافعية** : وفق هذه النظرية ، ثمة فرق بين الاكتساب والأداء ، حيث أن الناس لا يؤدون كل ما تعلموه ، لذلك فالاكتساب عملية تحتاج إلى الانتباه والاحتفاظ ، بينما الأداء عملية أخرى ترتبط – حتى يتم – بالإصدار الحركية والدافعية ، وبهذا يكون الارتباط بين الأداء والدافعية عملية شاملة تعتمد على نتائج الفعل بمعنى أن الذين يتوقعون العقاب مثلاً من جراء سلوكهم ، فإنهم سيحجمون عن إصدار الاستجابة ، فالدافعية تنشط أو لا تنشط بناء على ما يترتب عليه من إثابة أو عقوبة المرتبطة بأنواع التعزيز ، وعلى هذا الأساس إذا اقترن السلوك بالثواب (أي التعزيز الإيجابي) زادت الدافعية الإيجابية لهذا السلوك ، أو بالأحرى تشكلت الدافعية ، أما إذا كان هذا الاقتران بالعقاب فإن الدافع للسلوك ينخفض أو ربما ينطفئ (انطفاء السلوك) وبذا يكون العدوان ذا دافع قوي إذا ما عزز إيجابيًا ويضعف هذا الدافع إذا كف بالعقاب Bandura ., A .

ولفهم تلك العوامل المتكاملة يجب تحليل عناصرها ، فأما بالنسبة لكيفية اكتساب السلوك العدواني فلقد أوضح ألبرت باندورا Bandura ., A أن السلوك العدواني يقوى من خلال ثلاث وسائل يكتسبها الطفل بصورة مباشرة أو غير مباشرة وهي :

١- الآباء الذين يفضلون الحلول العدوانية للمشكلات ، ذلك أنهم يمثلون قدوة لأبنائهم الذين يميلون إلى استخدام نفس الحلول العدوانية في التعامل مع الآخرين .

٢- إن المجتمعات التي تعتبر الشجاعة والقتال والعدوان موهبة وقيمة يزداد فيها الاتجاه للعدوان .

(٢) مقياس السلوك العدواني لأطفال المرحلة الابتدائية :

وهو من إعداد دودج Dodge, K . (١٩٨٠) ويعتمد المقياس على تقدير الزملاء ، وتقدير المدرسين ، والمقياس يتكون من بعدين رئيسين هما (السلوك العدواني ، والسلوك الاجتماعي) ، وأسئلة السلوك العدواني تشير إلى : المبادرة بالعراك ، والوجود الفعلي في المعارك ، إثارة الشغب . في حين تدل أسئلة السلوك الاجتماعي على : التعاون والحب . ولكي يتم تشخيص الطفل على أنه عدواني ، يجب أن يحصل على درجة أعلى من المتوسط في أسئلة السلوك العدواني وتحت المتوسط في أسئلة العلاقات الاجتماعية .

(٣) مقياس السلوك العدواني (تسمية القرين) :

وهو من إعداد : عصام فريد عبد العزيز (١٩٨٦) وهذا المقياس يعتمد على تقدير الزملاء (يقوم بتقدير كل طالب ثلاثة أقران) ويتكون المقياس من خمسة أبعاد هي (العدوان البدني ، العدوان اللفظي ، العدوان الحيازي ، إتلاف الممتلكات ، العناد) ويتكون من (١٢٠) عبارة تم توزيعها بالتساوي على أبعاد المقاييس الفرعية وقد تم حساب الثبات بطريقة إعداد التطبيق على (٢٩) طالباً ، وكان معامل الثبات (٠,٩٧) . أما الصدق فقد تم استخدام الصدق التلازمي بترتيب المعلمين للتلاميذ العدوانيين ترتيباً تنازلياً وكان معامل الارتباط الرباعي ٠,٩٤ .

(٤) مقياس السلوك العدواني :

وهو من إعداد : نجوى شعبان (١٩٨٧) ويعتمد على تقدير المدرسين والزملاء والناظر والعمال والأخوة والوالدين ، ويتكون المقياس من أربعة أبعاد هي (السلوك العدواني البدني الواقعي المباشر ، والسلوك العدواني البدني الواقعي غير المباشر ، والسلوك العدواني اللفظي الواقعي المباشر ، والسلوك العدواني اللفظي الواقعي غير المباشر) . وتتكون صورة المدرسين من ثلاث وعشرين عبارة وصورة الزملاء من ست وثلاثين عبارة ، وصورة الناظر من عشر عبارات ، وصورة العمال من عشر عبارات وصورة الأخوة من تسع وأربعين عبارة ، وصورة الوالدين من سبع وثلاثين عبارة ، ويلاحظ أن كل صورة تتكون من نفس محتوى العبارات التي تتكون منها الصور الأخرى ولكن الاختلاف في عددها فقط ، وقد تم حساب ثبات المفردات باستخدام الاحتمال المنوالي ، وكان معامل ثبات كل صورة على الترتيب (٠,٦٣ ، ٠,٧٩ ، ٠,٨٨ ، ٠,٥٧ ، ٠,٩١ ، ٠,٩٠) وتم حساب الصدق باستخدام معامل الارتباط الثنائي الأصيل ، وقد تراوحت ما بين ٠,٥٦ - ٠,٨٧) .

١) **بالنسبة للوالدين :** يعود عدم اللجوء لاختيار الوالدين لتقدير السلوك العدواني لدى أطفالهم إلى أن طبيعة القياس تتعلق بموضوع شائك بالنسبة لهم ولأطفالهم مما قد يعتبروه وصمة لهم - أن يكون أطفالهم عدوانيين - وهذا ما سيرفضه كثير منهم ، مما سيكون له أكبر الأثر في موضوعيتهم .

٢) **أما بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين :** يرجع سبب استبعادهم إلى أن دورهم ينحصر في حدود متطلباتهم الوظيفية في تنظيم الرحلات وغيرها من الأنشطة الاجتماعية المدرسية الأخرى .

٣) **أما بالنسبة للإداريين (المدير -الناظر . .) :** ليس من المنطقي أن نستعين بأحد من الإداريين في تقدير سلوك التلاميذ والذي غالباً ما يحدث داخل الفصول أو في الملعب وهم بعيدون في أغلب الأوقات عن هذا أو ذاك بما يشغلهم من أعباء وظيفية .

٤) **أخيراً بالنسبة للزملاء (الأقران) :** فغالباً ما يحدث تشويه في استجاباتهم ، وذلك خوفا من أن ذلك قد يضر بزملائهم الآخرين أو قد يكون له عواقب وخيمة عليهم أو لخوفهم من معرفة زملائهم بذلك أو أن الصداقة الحميمة بينهم قد تمنعهم من التصريح بذلك ، لذا يصعب الاستعانة بهم في تقدير سلوك بعضهم البعض .

ومن بين مقاييس تقدير السلوك العدواني ما يلي :

(١) مقياس السلوك العدواني للأطفال الذكور :

إعداد : ضياء عبد الحميد (١٩٧٦) يعتمد هذا المقياس على أساس تقدير الزملاء (حيث يطلب من الزملاء قراءة العبارات ثم الرجوع إلى قائمة الفصل وكتابة أسماء الذين تنطبق عليهم العبارة) ويتكون المقياس من أربعة أبعاد هي (العدوان البدني ، العدوان اللفظي ، العدوان الهادف إلى إتلاف الممتلكات ، العدوان غير المصنف) ويبلغ مجموع عبارات المقياس اثنتين وأربعين عبارة وقد تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث بلغت (٠,٩٠) ، أما الصدق فقد تم الاعتماد على الصدق الذاتي وكان (٠,٩١) وكذلك الصدق التلازمي حيث بلغ (٠,٧٦) ، ويلاحظ على هذا المقياس أنه يستخدم فقط للتعرف على أسماء التلاميذ ولا يعطي درجة كمية لسلوكهم العدواني .

٢- أن يقلع الآباء عن عصبيتهم وثورتهم لأتفه الأسباب أمام الأبناء حتى لا يقلدونهم ويكونوا قدوة لهم .

٣- أن يقلع الآباء عن الحزم المبالغ فيه ، والسيطرة الكاملة ، والرغبة في إطاعة الأبناء لأوامرهم طاعة عمياء ، وتجاهلهم حاجات الأبناء ، وعدم تقبلهم أساليب الأمر والنهي دون مناقشة .

٤- إذا أخطاء الابن فيجب أن يتجنب الآباء استفزازه أو معايرته بالخطأ .

٥- ألا يقابل الآباء غضب أبنائهم بالغضب ، بل يكونوا قدوة حسنة للأبناء في الرزانة وضبط النفس ، وجعلهم يلمسون نتائج السلوك الخاطئ بطريقة غير مباشرة ، حتى تزداد الثقة بالنفس ، ويبتعد الأبناء عن العدوانية والسلوك الخاطئ في المرات القادمة .

٦- توفير الجو العائلي الهادئ الذي تسوده المحبة والتفاهم والتعاون والثقة المتبادلة والاحترام المتبادل بين الجميع ، وبذلك تهدأ الصراعات الداخلية لدى الأبناء أطفالاً ومراهقين وتهدأ الميول العدوانية وتختفي .

٧- يجب على الآباء شغل أوقات الفراغ لدى أبنائهم المراهقين باللعب والرياضة ليتعلموا الأخذ والعطاء ، ويستنفذون الطاقة الجسمية الزائدة فتختفي الميول العدوانية لديهم .

ثانيًا : الإرشاد التربوي :

يعتبر الإرشاد التربوي Educational counseling هو خدمة تقدم للطفل التلميذ أو الطالب بهدف مساعدته في رسم الخطة المناسبة لتقدمه الدراسي ، وذلك في حالة الطلاب العاديين الأسوياء ، وتتضمن هذه الخطة رصد قدرات الطالب وميوله ، ونوع الدراسة والمقررات التي تتفق وهذه القدرات ، كما تتضمن مساعدة الطالب في مواجهة المشكلات التي يمكن أن تعترض سبيل دراسته ، وفي هذا يتلقي عمل المرشد التربوي مع عمل المعلم؛ حيث يهدفان معًا إلى تذليل الصعوبات الدراسية التي تقابل الطالب ، وتوفير الظروف التي تساعده على تحقيق التفوق الدراسي .

وعلى هذا فإن كل طالب يحتاج إلى الاستفادة من خدمات الإرشاد التربوي ، علما بأن هذا النوع من الإرشاد يستخدم فيه الكثير من الاختبارات والمقاييس للوقوف على قدرات الطالب العقلية واختبارات القدرات الأخرى وما إلى ذلك ، واستخدام هذه الاختبارات وتفسر درجاتها –

(٥) مقياس العدوانية :

وهو من إعداد / أرنولد بُسّ ومارك بيري Buss, A . & Perry, M . (١٩٩٢) . ويعتمد المقياس على التقدير الذاتي ، ويتكون من تسع وعشرين عبارة موزعة على أربعة أبعاد هي (العدوان البدني ، والعدوان اللفظي ، والغضب ، والحدة) وعدد عبارات كل بعد على الترتيب (٩ ، ٥ ، ٧ ، ٨) وقد تم تطبيق المقياس على عينة من الجنسين ممن تتراوح أعمارهم بين ١٤ -١٩ عاماً ، وقد تم حساب الصدق باستخدام طريقة الصدق العاملي وقد وصل ٠,٨٧ ، أما الثبات فقد تم حسابه باستخدام طريقة إعادة الاختبار وقد وصل إلى ٠,٨٠ ، وباستخدام معامل ألفا أيضاً الذي وصل إلى ٠,٨٩ .

أساليب التعامل مع السلوكيات العدوانية لدى الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة :

أولاً : العلاج الأسري للسلوك العدواني :

لقد تم التركيز في السنوات الأخيرة من القرن العشرين المنصرم وأوائل القرن الحادي والعشرين فيما يتعلق بعلاج السلوك العدواني ، على علاج الأطفال العدوانيين في سياق الأسرة ومحيطها ، فأسلوب العلاج الأسري يستند على افتراض مفاده أن الاضطراب لا يكون في الطفل ذاته بل يفترض أنه في بيئة الأسرة وناتج عن العلاقات بين أفرادها ، ولذلك نجد أن المعالج الأسري يرى أن العلاج النفسي الفردي لا جدوى منه ، ذلك أن سلوك الطفل قد يصعب تعديله إذا لم نعدل أو تغير في بيئة الأسرة نفسها ، وعلاوة على ذلك ، يشدد علماء النفس على أهمية وجود درجة من التوازن الأساسي في الأسرة ، بحيث أن التغيرات في سلوك أحد أفراد الأسرة ستؤثر في أفراد الأسرة الآخرين أيضًا ، إن السلوك العدواني الذي يظهره الطفل يعتبر أعراضًا لأسرة مضطربة ، ولذلك نجد أن الهدف العام للعلاج الأسري family therapy هو تحسين طبيعة العلاقات الأسرية ، وأنه إذا كان بالإمكان إحداث تغيير في العلاقات بين أفراد الأسرة ، وأشكال تفاعلهم الاجتماعي ، فإن هذا من شأنه أن يحدث تغييرًا في السلوك المضطرب – وهو السلوك العدواني – أو غيره لدى الطفل ، وبالتالي يقل ظهور السلوكيات العدوانية .

وتحدد كلير فهيم سبعة أساليب يمكن للآباء اتباعها لتوجيه ورعاية السلوك العدواني ، وذلك على النحو التالي :

١- الإقلال – كلما أمكن – من التدخل في أعمال الأبناء حتى لا يشعروا باليأس ويلجؤون إلى العناد والعدوانية على إخواتهم وأقرانهم .

يطاع ، فالطاعة العمياء لمجرد الطاعة تخلق من الطفل فردًا لا شخصية له ، وعلى هذا الأساس يجب على الآباء الإقلال كلما أمكن من التدخل في أعمال الأطفال وحركاتهم ، حتى لا يشعرون بكابوس الكبار ، ويثورون غضبًا ، أو يلجؤون إلى العناد ، وحتى لا يلجؤون إلى استعمال نفس أساليب الآباء مع إخوانهم وأخواتهم وأقرانهم من الأطفال فيتشاجرون ، ولكن ليس معنى ذلك أبدًا أن نترك الحبل على الغارب ، وعلى الأخص فيما يتعلق بصحة الطفل والمحافظة على حياته .

٢- لا يجوز إظهار الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمظهر العجز أو الاستهزاء بهم ، والسخرية منهم ، أو إذلالهم أو كبتهم ، أو تخويفهم ، أو العمل على تهدئتهم بالعنف والشدة ، فالسماح لهم بالتعبير عن انفعالاتهم العنيفة أحيانًا ما يكون أمرًا صحيًا .

٣- لا يجوز الاستيلاء على ممتلكات الأطفال أو اغتصابها ، أو تخريب أدواتهم خصوصًا إذا كان الأب (أو الأم) في لحظات الغضب .

٤- لا يجوز الظهور أمام الأطفال بمظهر الضعف والقلق ولا بمظهر الإهمال لهم ، وعدم الاهتمام بهم ، أو الشدة من أحد الأبوين ، والليونة أو التدليل من الآخر ، فكلما كانت سياستنا مع الأطفال ثابتة ، ومرنة ، وبدون قلق ، منعنا نوبات الغضب والعناد ، والتشاجر عند الأطفال .

٥- لا يجوز أن يسمح للطفل بأن يحصل على ما يريده بطريق الصراخ أو الغضب ، ولا تجوز محايلته أو تدليله في هذه الحالة ، بل يجب أن نثنيه عن هذا الأسلوب في السيطرة على البيئة ، وتعوده على التفاهم والمرونة في الأخذ والعطاء ، كما يجب عدم توفير مطالب الطفل كلها في الحال ، بل يجب إرجاء بعضها إلى وقت لاحق حتى لا يتعرض للإحباط فيما بعد فالحياة لا تعطي كل ما يتمناه الفرد ، كما أن الطفل يشعر بانتصاره على الوالدين حينما ينال مراده وتلبي رغباته بهذا الأسلوب من السلوك العدواني ، فيحدث تثبيت لهذا النوع من السلوك لدى الطفل ، ويصعب بعد ذلك علاجه ، أو التخفيف من حدته ، وعدم الإذعان لمطالب الطفل إذا ما ثار وغضب وصاح ، وصرخ يؤكد لديه أن هذا الأسلوب غير مفيد وغير مجد ، ولا بد له أن يغير من طريقة حياته ومطالبته بالأشياء .

٦- يجب أن تحافظ الأم على هدوئها بقدر الإمكان أثناء ثورة الغضب التي يجتازها ابنها ، وأن تشعره بأنها تعلم أنه غاضب ، وأن من حقه أن يغضب ، ولكنه من الخطأ أن يعبر عن الغضب بهذا الأسلوب ، وأنه يجب أن يعدل سلوكه ويصبح كالآخرين ، أي

تفسيرًا صحيحًا – هو الذي يمكن أن يساعد في اختبار نوع الدراسة المناسب للطالب وللاختبار بين المقررات المطروحة أمامه ، كما يفيد استخدام البيانات المنتقاة من تطبيق الاختبارات في مشكلات أخرى مثل وضع البرامج المناسبة للمتفوقين عقليًا ، وكذلك لتسكين الطلاب المعاقين عقليًا في مجموعات خاصة بهم ، وتصميم البرامج المناسبة لهم .

ثالثًا : نظام التغذية :

هناك اتجاه حديث نسبيًا يرى أنه يمكن التحكم بالسلوك العدواني عن طريق وضع حمية غذائية ، وتصف منشورات المعهد القومي للصحة العقلية استخدام التغذية بأنه يتضمن نظامًا خاصًا من الغذاء وضعه دكتور فاينجولد Feingold أخصائي الحساسية والأطفال ، وهذا النظام يستبعد كل أنواع الغذاء والعقاقير المحتوية على النكهات والملونات الصناعية وعنصر السيلسلات (نوع من الأملاح) من إيذاء الطفل ومن أمثله أنواع الطعام المستبعدة من غذاء الطفل الآيس كريم ولحوم اللانشون والشاي والمشروبات الصناعية وأنواع الكعك ، ومن أنواع الخضر والفاكهة الممنوعة الفراولة والعنب النباتي ، والخوخ والزبيب وعنب الديب والطماطم والخيار ، وكذلك الأدوية والفيتامينات المنهكة والملونة صناعيًا هي الأخرى مستبعدة وكذلك الأسبرين ، ويذكر فاينجولد أنه من خلال خبراته العيادية تحسن من ٣٠ –٥٠% من الأطفال ذوي النشاط المضطرب باستخدام هذا النظام الغذائي ، ويشير إلى أن هذه القضية ما زالت موضوع دراسة ، وأنه لا بد للآباء أن يستشيروا الأطباء قبل اتباع هذا النظام الغذائي ما دام أنه سيؤدي إلى نقص بعض الفيتامينات المهمة .

رابعًا : بعض القواعد العامة التي يتعين على الوالدين والمربين اتباعها للتقليل من السلوكيات العدوانية :

يتعين قبل البدء في شرح الأساليب والوسائل التي يمكن للآباء والأمهات والمربين استخدامها في مواجهة السلوكيات العدوانية والعنيف الذي قد يصدر من بعض الأطفال في بعض المواقف ، أن نشير إلى بعض القواعد العامة التي حددها العديد من الخبراء والباحثين والمهتمين بدراسة هذا النوع من السلوك ، وذلك على النحو التالي :

١- لا يجوز الإكثار من التدخل في أعمال الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة ، أو تحديد (تقييد) حركتهم ، أو إرغامهم على الطاعة لمجرد الطاعة ، وإنما يجب أن يكون تدخل الآباء تدخلاً مرنًا ، بأسلوب التوجيه وليس بأسلوب الأمر الذي لا بد أن

الكاملة على الطفل ورغبتهم في طاعة أوامرهم طاعة عمياء ، وبثوراتهم وشجارهم في المنزل لأتفه الأسباب ، مثل هؤلاء الآباء يجب أن يدركوا أنه من الواجب إصلاح أنفسهم أولا حتى يمكن إصلاح أبنائهم كما يجب على الآباء أن يكونوا قدوة حسنة للأطفال فيقلعوا عن عصبيتهم وثورتهم لأتفه الأمور أمام الأبناء ، ويبذلوا كل جهدهم لضبط النفس قدر الإمكان حتى لا يقلدهم الأطفال العاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة ، بل ينبغي عليهم استعمال الأساليب التي تلتزم جانب الهدوء والصبر والفهم ، وفي مواجهة الأمور وحلها حلاً معقولاً بالطرق السلمية حتى يتعلم الأطفال مواجهة الحياة بأساليب مرنة حكيمة غير انفعالية .

يغضب ولكن دون أن ينفعل ، وينفجر في البكاء ، ويلجأ إلى الرفس والضرب ، كما أن عليها أن تؤكد له دائمًا أن ما يفعله لن يؤثر على علاقتها به ، وأنه لا يزال ابنها المحبوب ، لتعلمه التسامح ، وإن كان هذا التأكيد مهمًا في حالات انفعالات غضب الأطفال التي يكون سبب انفجارها غير المباشر ولادة أخ أو أخت صغيرة ، زعزعت مكانته في المنزل وأشعرته بالقلق على مركزه .

٧- عند تشاجر الأطفال في سن متقاربة ، يحسن كلما أمكن تركهم ليحلوا مشكلاتهم بأنفسهم ، وإذا كانت هناك ضرورة للتدخل من الكبار فيجب أن تكون للتوجيه ، والصلح الهادئ دون تحيز لطفل ، بما يترتب عليه تعليمهم كيفية حل مثل هذه المشكلات بأنفسهم ، إذا ظهرت بعد ذلك في مناسبة أخرى .

٨- العمل على تجنب الطفل خبرات الفشل والإحباط ، كلما أمكن ذلك ، وتوفير فرص النجاح وتكليفه بأعمال تتناسب وقدراته وإمكانيات مرحلة نموه .

٩- من الضروري أن يتوافر الجو النفسي ، والبيئي المناسب في المنزل والمدرسة ، والخالي من المشكلات ، المليء بالعطف والحنان والهدوء والاستقرار ، والثقة والأمن والتقدير ، فالطفل يتعلم الكثير من سلوكه الاجتماعي عن طريق الملاحظة والتقليد ، كما تجب ضرورة توافر المعاملة المتساوية العادلة بقدر الإمكان ، بين الأطفال وعدم تمييز بعضهم على بعض ، وعدم إعطاء امتيازات لطفل ومنعها من الآخر ، كما لا يجب عقد مقارنات بين الأطفال في قدراتهم ، وصفاتهم الشخصية ، الأمر الذي يبعث على الغيرة ، والحقد ، والكراهية ، ومن ثم الشجار والعدوان سواء بين الأطفال العاديين أو بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

١٠- يحسن معالجة الطفل - إن كان من النوع العنيف - بشغله في عمل يحتاج إلى جهد كالحركة واللعب الذي يتطلب تحريك الجسم كله كالقفز والجري ، ولعب الكرة مثلاً ، والألعاب الجسمية العنيفة أفضل لهذا النوع من الأطفال من الألعاب العقلية ، وإذا ظهر على الطفل ميل عام بارز للمشاجرة فيحسن إدماجه مع جماعة من الأطفال يساوونه في القوة حتى يناضلهم ويناضلوه ، فينتصر أحيانًا ، ويغلب على أمره أحيانًا أخرى ، واندماج هذا النوع من الأطفال في الفرق الرياضية له أحسن الأثر إذا تم تحت إشراف مستنير .

١١- على الآباء والمربين (المعلمين) أن يتريثوا فلا يقابلوا غضبًا بغضب ، إذ يحتمل أن يكونوا هم مصدر المشكلات بسلوكهم الذي يتسم بالحزم المبالغ فيه ، والسيطرة

الفصل السابع

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية

- التطور التاريخي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد .
- تحديد مصطلح اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .
- معدل انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بين الأطفال .
- أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .
- علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .



ويتسم هؤلاء الأطفال بالاندفاعية ولذلك نجدهم يجيبون عن الأسئلة قبل استكمالها ، كما يقومون ببعض السلوكيات التي تؤدي الآخرين ، أو تعرضهم أنفسهم للمخاطر دون أن يضعوا في اعتبارهم العواقب الوخيمة المترتبة على مثل هذه السلوكيات مثل القفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم بالسيارات دون النظر إلى الطريق .

ودائمًا ما يكون هذا الاضطراب لدى الأطفال مصحوبًا بنشاط حركي مفرط مما يجعلهم يتحركون بكثرة وعشوائية في المكان الذي يوجدون فيه وذلك بدون سبب أو هدف واضح ، وهؤلاء الأطفال يتم تشخيصهم في الطب النفسي على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

- **التطور التاريخي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائدADHD** : أخذت مشكلة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد في السنوات الماضية باهتمام كثير من مجالات التربية وعلم النفس وطب الأطفال ، وتناولوها من زوايا متعددة . وخلال تلك الفترة ظهرت أوصاف ومسميات متعددة لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد ، فقد أشار بعض الباحثين إليه على أنه اضطراب عضوي ، بينما يرى البعض الآخر على أنه اضطراب سلوكي وبمراجعة مجموعة من الدراسات والبحوث التي اهتمت بالاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة ، تبين أن دراسة تلك الاضطرابات قد بدأت في نهاية القرن الثامن عشر ، ووضع وصفاً للسلوك الحركي الزائد عام ١٨٤٥ في قصص الأطفال . ونتيجة إصابة الكثير من الشعوب في نهاية الحرب العالمية الأولى بإصابات دماغية بسبب انتشار وباء التهاب المخ ، تبين أن الأطفال المصابين بتخلف أو أصابه في المخ أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي cns) (Central nervous System يكون لديهم زملة أعراض سلوكية مثل الحركة المفرطة والقصور في الانتباه والاندفاعية . وتلك الأعراض تميز الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب

الفصل السابع
اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية



يعد الانتباه أحد العمليات العقلية التي تلعب دورا مهما في حياة الفرد من حيثُ قدرته على الاتصال بالبيئة المحيطة به ، والتي تنعكس في اختياره للمنبهات الحسية المختلفة والمناسبة ، حتى يتمكن من دقة تحليلها وإدراكها ، والاستجابة لها بصورة تجعله يتكيف مع بيئته الداخلية أو الخارجية .

وقد حظي الانتباه باهتمام كثير من الباحثين على اعتبار أنه العملية التي تكون عصب النظام السيكولوجي بصفة عامة ، فمن خلاله يمكن للفرد اكتساب الكثير من المهارات وتكوين كثير من العادات السلوكية المتعلمة التي تحقق له قدراً كبيراً من التوافق في المحيط الذي يعش فيه

إن مستوى الانتباه لدى الأفراد يختلف تبعًا لسلامة كل من الحواس ، والناقلات العصبية الحسية ، ومركز الانتباه في الجهاز العصبي المركزي بالمخ ، ولذلك نجد أن هناك بعض الأفراد لديهم مستوى مرتفع في الانتباه وبعضهم الآخر لديه مستوى منخفض فيه .

يعاني بعض الأطفال من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والذي يتضح من خلال عدم قدرتهم على التركيز على المنبهات المختلفة لمدة طويلة ، ولذلك فإنهم يجدون صعوبة في متابعة التعليمات وإنهاء الأعمال التي يقومون بها ، كما يوجد لدينهم ضعف في القدرة على التفكير مما يجعلهم يخطئون كثيرًا ، بالإضافة إلى إن حديثهم في الحوار يكون غالبًا غير مترابط .

ولقد مرت عملية تحديد المصطلح العلمي لهذا الاضطراب بعدة مراحل ، حيث بدأت بوصف الطبيب الإنجليزي ستل Still عام (١٩٠٢) لهذا الاضطراب على أنه قصور غير عادي في التحكم بالذات ناتج إما عن اضطراب في المخ ، أو عن الوراثة أو أنه ناتج عن عوامل بيئية أو صحية أخرى ، ثم جاء بعد ذلك تصريح تريد جولد (Tredgold, 1908) الذي أوضح فيه أن الأطفال الذين يتعرضون للإصابة الدماغية أثناء الولادة تبدو عليهم لاحقًا مشاكل تعليمية في سن المدرسة .

كما أعيد الاهتمام بهذه القضية خلال الأربعينيات من القرن الماضي ، حيث خرج بعدها العلماء بقاعدة تشير إلى أن كل الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية وتعليمية لديهم تلف دماغي بسيط ، ثم ادخل في الستينيات تعديل على مصطلح التلف الدماغي أطلق عليه مسمى الخلل الدماغي البسيط Minimal Brain Dysfunction ، وقد أدى عدم قناعة بعض العلماء بهذا المصطلح إلى إجراء مزيد من الدراسات للوقوف على التعريف الصحيح لهذا الاضطراب وتحديد الأعراض المميزة له .

ولقد سعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) لتحديد مصطلح يتناسب مع طبيعة هذا الاضطراب ، حيث أصدرت في عام (١٩٥٢) الطبعة الأولى للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-1) ، وأشارت فيه إلى أن فرط النشاط الحركي هو أحد أشكال الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة ، وفي عام (١٩٦٨) صدرت الطبعة الثانية لهذا الدليل (DSM-11) وتناولت النشاط الحركي المفرط وضعف الانتباه – كل على حدة – وبينت أنهما اضطرابان منفصلان من اضطربات مرحلة الطفولة .

وفي عام (١٩٨٠) صدرت الطبعة الثالثة لهذا الدليل حيث أدرجت أعراض ضعف الانتباه ضمن أعراض هذا الاضطراب وأوضحت أن هذه الأعراض هي لاضطراب له زملة أعراض سلوكية تميزه ، وقد قسمت هذا الاضطراب إلى نمطين **الأول هو اضطراب ضعف الانتباه بدون النشاط الزائد** Attention Deficit Disorder without Hyperactivity ، **والثاني هو اضطراب ضعف الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity ، وبينت أيضًا أن أعراض نمط هذا الاضطراب المصاحب بالنشاط الزائد هي نفس أعراض اضطراب النشاط الزائد التي وردت في الطبعة الثانية لهذا الدليل . وأكدت على أن نمط هذا الاضطراب غير المصاحب بالنشاط الزائد تظهر فيه على الطفل أعراض ضعف الانتباه

(بالنشاط الحركي الزائد) .2: Jones 1990 وفي العقود الأولى من القرن العشرين ، اهتم الباحثون بدراسة مستويات السلوك المضطرب وربطها بوجود تلف في المخ أو اضطراب في (الجهاز العصبي المركزي) . 73: Paul 1985 (وأكدت دراسة ستراوس وليتتن) Strauss & lehtinen الرأي القائل إن النشاط الحركي الزائد واضطراب الانتباه يحدثان نتيجة خلل وظيفي بالمخ وبذلك كانت المسميات الأكثر انتشاراً في الفترة من عام ١٩٤٠-١٩٧٠ زملة الخلل البسيط للمخ minimal brain Syndromأو لخلل الوظيفي البسيط للمخ وأيضا رد الفعل الحركي المفرط Reaction hyperkinetic



وفي السنوات الأولى من عام ١٩٨٠ ، بدا الاتجاه الذي كان سائد من قبل والذي يشير إلى أن اضطراب الانتباه استجابة لحدوث تلف عضوي أو خلل وضيفي في المخ يتناقض ، وأن اضطراب عجز الانتباه والحركة المفرطة والاندفاعية تعتبر مظاهر سلوكية نهائية ناشئة من حدوث تفاعل على درجة عالية من التعقيد بين خصائص الفرد وبيئته .(deuel .198) ، وبذلك بدأ ينظر إلى عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدى الأطفال على أنه اضطراب سلوكي ، وعرف في الدليل التشخيص للاضطرابات العقلية – الطبعة الثانية dsm-11 (بأنه رد فعل حركي مفرط في مرحلة الطفولة) 1968 . apa- ثم حدث تطويراً في تسمية هذا الاضطراب في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيص والتي نشرت عام ١٩٨٠ - dsm-111 -أعطى له تعريفا موسعا يشمل على زملة من الأعراض السلوكية ، وسمى باضطراب عجز الانتباه attention deficit disorder .

تحديد مصطلح اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد :

يعتبر مصطلح اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من المصطلحات الحديثة نسبيًا حيث إنه لم يتم التحديد الدقيق لهذا الاضطراب إلا في بداية الثمانينات من القرن العشرين .

ويوصف بمستويات نمائية غير مناسبة في جانب الانتباه البصري والسمعي أو سلوك النشاط الزائد الاندفاعية ، وحتى يتم تشخيص الطفل على أن لديه هذا الاضطراب فلا بد أن تكون أعراض هذا الاضطراب قد تركت أثرًا سلبيًا على واحدة أو أكثر من جوانب الحياة كالعلاقات الاجتماعية ، والأهداف الأكاديمية أو المهنية إضافة إلى الوظائف التكيفية والمعرفية ، ويمكن أن يستمر هذا الاضطراب إلى سن المراهقة أو سن الرشد .

وفي عام (٢٠٠٠) صدرت مراجعة منقحة للطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطربات العقلية (DSM-IV-R) وأكدت على تصنيف هذا الاضطراب الذي ورد في الطبعة الرابعة ، وقد بينت هذه الطبعة أيضًا أن تشخيص هذا الاضطراب يستلزم ظهور أعراضه على الطفل قبل عمر سبع سنوات على أن يكون ظهورها في كلا البيئتين المنزلية والمدرسية معًا وفي آن واحد ، وأن يصحب هذه الأعراض عجز في المجالين الأكاديمي والاجتماعي ، وأن لا تكون هذه الأعراض ناتجة عن الإصابة بالفُصام أو بالاضطرابات الذُهانية أو الانفعالية الأخرى ، كما اشتملت أيضًا على إرشادات لكي تساعد المختصين على التمييز بين مجموعات الأعراض الثلاثة سالفة الذكر .

معدل انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بين الأطفال :



يعد اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من أكثر الاضطرابات شيوعًا بين الأطفال إلا أن نسبة انتشاره تتفاوت من مجتمع إلى آخر حسب الأدوات والمقاييس التي تستخدم في تشخيصه ، وعلى الرغم من أن نتائج الدراسات السابقة أوضحت أن معدل انتشار هذا الاضطراب بين أطفال العالم يتراوح ما بين (٢%- ٢٠%) إلا أن هناك تقريرًا صدر عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية جاء فيه أن نصف الأطفال المحالين للعلاج بها كانوا يعانون من هذا الاضطراب ، كما بينت نتائج الدراسات العلمية الوبائية في الطب النفسي أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلي (١٠%) تقريبًا من أطفال العالم ، كما أن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح ما بين (٤%- ٦%) ، والجدير بالذكر أن معدل انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يصل إلى (٢٠%)

والاندفاعية بدون أعراض النشاط الزائد حيث لا توجد أدلة علمية – في حينها – تشير إلى أن أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية تظهر معًا في آن واحد .

ولذلك عندما قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة (DSM-111-R, 1987) دمجت فرط النشاط الحركي مع اضطراب ضعف الانتباه ، ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق عليه اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وأوضحت أن أعراض كل من ضعف الانتباه ، والنشاط الزائد ، والاندفاعية هي أعراض لاضطراب واحد أُطلق عليه اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وأوضحت أيضًا أن هذا الاضطراب يظهر على الأطفال في ثلاثة أنماط : **الأول** : هو اضطراب ضعف الانتباه غير المصاحب بالنشاط الزائد ، وهو يشير إلى الحالة التي تظهر فيها أعراض ضعف الانتباه والاندفاعية معًا بدون أعراض النشاط الزائد ، وأما النمط **الثاني** ، فهو يشير إلى الحالة التي تظهر فيها أعراض النشاط الزائد بدون أعراض ضعف الانتباه والاندفاعية ، أما النمط **الثالث** : فإنه يجمع كلاً من أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية معًا .

وقد ظل الحال على هذا المنوال حتى قام بورينو (Porrino, 1988) بدراسة لأعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وقد أوضحت نتائج التحليل العاملي لهذه الدراسة أن ضعف الانتباه ، وزيادة النشاط الحركي عرضان لاضطراب واحد ، وليسا نمطين مستقلين ، وبعد ذلك أجرى أيضًا كل من لاهي ، وبيلهام (Lahey & Pelham, 1988) دراسة مماثلة للدراسة السابقة التي أجراها بورينو وزملاؤه عام (١٩٨٣) ، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى نفس النتائج التي توصلت إليها الدراسة السابقة حيث بينت أن ضعف الانتباه ، وفرط النشاط الحركي عرضان متلازمان لاضطراب واحد ، وليسا نمطين لاضطرابين منفصلين .

وعندما صدرت الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-1V) عام (١٩٩٤) أكدت على ما ورد في مراجعة عام (١٩٨٧) بشأن هذا الاضطراب حيث بينت أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط ولكن مستوى هذا النشاط الحركي المفرط يختلف من طفل لآخر ، فقد تكون أعراض ضعف الانتباه أشد من أعراض فرط النشاط الحركي والاندفاعية أشد من أعراض ضعف الانتباه لدى البعض الآخر منهم ، وأخيرًا قد تتساوى شدة الأعراض لكل من ضعف الانتباه ، وفرط النشاط الحركي والاندفاعية لدى أطفال آخرين منهم .

ولقد عرف الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع للاضطرابات العقلية هذا الاضطراب على أنه اضطراب نمائي يظهر خلال مرحلة الطفولة ، وفي كثير من الحالات قبل عن ٧ سنوات ،

أما الدراسات الإلكترونية التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب فقد بينت وجود شذوذ في الكثافة المنخفضة لموجات ألفا ، أو غياب موجات ألفا جيدة التنظيم ، أو وجود مقادير قليلة من موجات بيتا .

وأيضًا أوضحت نتائج التحليل الكمي لرسم المخ الكهربائي التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أن هناك زيادة في نشاط الموجة البطيئة ثيتا حيث كان هذا النشاط منخفض الموجة أكثر انتشارًا في السقف الجبهي للمخ .

٢- **الناقلات العصبية** : إن الناقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ ، ويرى العلماء أن اختلال التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب ميكانيزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحرص من المخاطر وتزداد اندفاعيته ونشاطه الحركي ، ولذلك فإن العلاج الكيمائي الذي يستخدمه الأطباء مثل الدوبامين Dopamine ، والنور ايبنفرين Nor Epinephrine يعمل على إعادة التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية وعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال (Tucker & Williamson,1984) .

٣- **نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ** : إن شبكية المخ عبارة عن قواعد كيميائية تمتد من جذع المخ Brainstorm حتى المخيخ Cerebrum وهي تعمل على تنمية القدرة الانتباهية لدى الفرد ، وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقائه من بين المنبهات الدخيلة (عملية التصفية أو الترشيح للمنبهات) ، كما تعلم أيضًا على رفع مستوى الوعي والحرص من المخاطر .

أما إذا اختل نظام التنشيط الشبكي للمخ فإنه سوف يؤدي إلى اختلال وظائفه ، ولذلك يصاب الفرد باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، والدليل على ذلك أنه ينتشر بين الملاكمين حيث إن تعرض رأس الملاكم لعدد كبير من الضربات القوية يُحدث خللاً دائمًا في شبكية المخ مما يؤثر على وظائفها ويؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والتي يكون أبرزها البلادة وانخفاض مستوى الوعي ، وتعمل العقاقير الطبية المنبهة ، ومادة الكافين الموجودة في القهوة والشاي على تنشيط النظام الشبكي لوظائف المخ ، وتؤدي إلى رفع مستوى الكفاءة الانتباهية لدى الفرد .

٤- **ضعف النمو العقلي** : يؤثر النمو العقلي على الكفاءة الانتباهية لدى الأطفال ، فعندما يسير النمو العقلي بصورة طبيعية وفقًا للمرحلة العمرية للطفل ، فإن كفاءته الانتباهية تتحسن كلما

تقريبًا ، أما عن معدل انتشاره بين الذكور والإناث فهو (٦) للذكور مقابل (١) للإناث بمعنى أن انتشاره بين الذكور يصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث .

أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد :

لا يوجد أسباب محددة لهذا الاضطراب إلا أن هذا الاضطراب يرجع لعدة أسباب منها ما يتعلق بالمخ ، ومنها ما يتعلق بالوراثة ، ومنها ما يتعلق بالبيئة ، ومنها ما يتعلق بالغذاء ، ومنها ما يتعلق بالعلاقة بين الطفل ووالديه ، ونقدم فيما يلي عرضا لهذه الأسباب .

أولاً : الأسباب المتعلقة بالمخ :

إن أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد التي تتعلق بالمخ قد ترجع ، إما لوجود خلل في وظائف المخ ، أو لاختلال في التوازن الكيميائي للقواعد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ ، أو أنه يرجع لضعف النمو العقلي ، وسوف نتناول باختصار هذه الأسباب فيما يلي :

١- **خلل وظائف المخ :** إن عملية انتباه الفرد لمنبه معين تنقسم إلى عدد من عمليات الانتباه الأولية وهي : التعرف على مصدر التنبيه ، وتوجيه الإحساس للمنبه ، ثم تركيز الانتباه عليه ، وكل عملية من هذه العمليات الانتباهية لها مركز عصبي بالمخ مسئول عنها .

والجدير بالذكر أن كل مركز عصبي من المراكز العصبية السابقة يقوم بمعالجة للعملية الانتباهية الخاصة به ، ثم يقوم بربطها بمحصلة العمليات الانتباهية الصادرة عن المراكز العصبية الأخرى ، ثم يقوم بإمداد ميكانيزم الانتباه بها ، وهذا الأخير يقوم بدوره بإخراج البناء الانتباهي العام لدى الفرد نحو المنبه مصدر التنبيه .

أما إذا كان هناك خلل في وظائف أحد هذه المراكز العصبية فإن المعلومات التي سيعالجها سوف تصبح مشوشة وغير واضحة ، وبالتالي فإن الانتباه لدى الفرد سوف يصبح مضطربًا .

كما بينت نتائج الدراسات التشريحية والفسيولوجية للأفراد الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أنهم يعانون أيضًا من انخفاض في التمثيل الغذائي لجلوكوز المخ في المادة البيضاء الموجودة في الفص الصدغي ، وكذلك أوضحت نتائج استخدام الرنين المغناطيسي لتحديد جوانب الضعف التشريحية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أن هناك شذوذًا في نمو الفص الجبهي لدى هؤلاء الأطفال بالإضافة إلى عدم التناسق بين نصفي كرة المخ الأيمن والأيسر .

والسعال الديكي ، وكذلك إصابتها ببعض الأمراض الوراثية أو الأيضية تؤدي أيضًا إلى إصابة الجنين بتلف في المخ بما في ذلك المراكز العصبية المسئولة عن عمليات الانتباه ، ولذلك فإن أطفالهم قد يولدون مصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أو يكونون مهيئين للإصابة به .

ونود الإشارة إلى أن الإصابة بتلف المخ في هذه الحالة يصاحبها في بعض الأحيان بعض التشوهات والعيوب الخلقية ، كما أن بعض الأطفال الذين يولدون ولديهم هذه التشوهات والعيوب الخلقية يعانون أيضًا من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

٢- مرحلة الولادة : هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه مما يؤدي إلى ضعف قدرة المخ على معالجة المعلومات ، وينعكس ذلك بدوره على العمليات العقلية الخاصة بالانتباه والتحكم في السلوك مما يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وأهم هذه العوامل ما يلي :

أ- ضغط الجفت على رأس الجنين عند استخدامه في عملية الولادة خاصة في حالة الولادة المتعسرة .

ب- إصابة مخ الجنين أو جمجمته أثناء عملية الولادة .

ج-التفاف الحبل السري أثناء عملية الولادة وتوقف وصول الأكسجين إلى مخ الجنين .

٣- مرحلة ما بعد الولادة : إن إصابة الطفل بارتجاج في المخ نتيجة لتعرضه لحادث ، أو لارتطام رأسه بأشياء صلبة ، أو وقوعه على رأسه من أماكن مرتفعة ، أو ضربه على رأسه ، وكذلك إصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية ، والالتهاب السحائي ، والحمى القرمزية تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسئولة منها عن الانتباه والتركيز ، ولذلك فإن الطفل الذي يتعرض الشيء من هذه الأشياء عادة ما يصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

رابعا : العوامل المتعلقة بالغذاء :

تؤكد نتائج الدراسات السابقة على أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة ، أو الخضراوات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدي إلى إصابتهم باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

زاد نموه العقلي ، أما إذا كان نموه العقلي ضعيفًا ولا يتمشى مع عمره الزمني فإن ذلك سوف يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن الانتباه ، وبالتالي تظهر على الطفل أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

ثانيًا : العوامل الوراثية :

تلعب العوامل الوراثية دورًا هامًا في إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه .

ولقد بينت العديد من الدراسات الحديثة في نتائجها أن (٥٠%) تقريبًا من الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يوجد في أسرهم من يعاني أيضًا من هذا الاضطراب (Neuvill, 1995)؛ حيث إن معدل انتشاره بين أبناء هذه الأسر يكون مرتفعًا لدى الأطفال التوائم عنه لدى الأطفال غير التوائم ، كما أن معدل انتشاره لدى التوائم يكون مرتفعًا بين التوائم المتشابهة التي تأتي من إخصاب بويضة واحدة في رحم الأم عنه بين التوائم غير المتشابهة التي تأتي من إخصاب بويضتين في رحم الأم (Kaplan, 1994) .

ثالثًا : العوامل البيئية :

تلعب العوامل البيئية دورًا ليس هينًا في إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، ويبدأ أثر هذه العوامل البيئية منذ لحكة الإخصاب ، ولذلك سوف تنقسم معالجتنا لهذا العوامل حسب حجم تأثيرها على إصابة الأطفال بهذا الاضطراب إلى ثلاثة مراحل هي : مرحلة الحمل ، ومرحلة الولادة ، ومرحلة ما بعد الولادة ، ونقدم فيما يلي عرضًا مختصرًا لهذه المراحل الثلاث .

١- **مرحلة الحمل** : قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين وتجعله عرضة بعد الولادة للإصابة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وذلك مثل تعرضها لقدر كبير من الأشعة ، أو تناولها للمخدرات أو الكحوليات أو لبعض العقاقير الطبية التي تؤثر على الحمل خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ، كما أن إصابتها ببعض الأمراض المعدية أثناء فترة الحمل مثل الإصابة بالحصبة الألمانية ، الزهري ، والجدري ،

الطرق العلاجية تكمن المعالجين من علاج هذه الاضطرابات معًا ، وبعبارة أخرى علاج المرض ، أي الاضطراب الأول في الظهور وأعراضه أي الاضطرابات التي تصاحبه .

وهناك عدد من الطرق العلاجية التي تستخدم في علاج هذه الاضطراب أهمها هو العلاج الطبي ، والعلاج السلوكي ، العلاج النفسي ، والعلاج التربوي ، والعلاج الأسري ، وفيما يلي عرض مختصرًا لهذه الطرق العلاجية .

أولاً : العلاج الطبي :

لقد بدأ العلاج بالعقاقير الطبية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باستخدام البنزدرين على سلوك الطفل الذي يعاني من فرط الحركة ، ولكن هذا المنحنى العلاجي قابلة البعض بالنقد؛ حيث يعتقدون أنه وسيلة لجعل الطفل يسلك دربًا معيناً من السلوك .

ومن الطرق العلاجية التي استخدمت لخفض سوك عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد لعلاج بالعقاقير الطبية المنشطة Stimulance وكانت العقاقير الأكثر استخداماً في ذلك الوقت حتى ان الريتالين (المثيل فيندات) والديكسترين (كريتات الديكسترو امفيامين والسايليرت بيمولين الماغنسيوم) .

وحيث أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد قد يرجع إما إلى اختلال التوازن في القواعد الكيميائية الموجودة في الناقلات العصبية بالمخ ، أو في نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ ، ولذلك فإن العلاج الكيميائي الذي يستخدم في هذه الحالة من خلال العقاقير الطبية يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي لهذه القواعد الكيميائية؛ حيث إن تأثيره يؤدي إلى رفع الكفاءة الانتباهية لدى الطفل ، كما أنه يؤدي إلى زيادة قدرته على التركيز ويقلل من مستوى الاندفاعية والعدوانية ، والنشاط الحركي المفرط لديه .

ونظرا لوجود آثار جانبية لتلك العقاقير فقد اتجه غالبية المعالجين إلى التركيز على أساليب العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي .

ثانيًا : العلاج السلوكي :

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال ، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم؛ حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل ، وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية .

ففي دراسة نوسباوم وبيجلر (Nussbaum & Bigler, 1990) أوضحت النتائج أن الصبغيات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة تؤدي إلى إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

أما في دراسة وينيك (Winneke, 1989) والتي كان هدفها فحص العلاقة بين مادة الرصاص في الدم ، واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال ، أوضحت النتائج أن هناك علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين مستوى الرصاص في الدم ، ومستوى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم كلما زاد مستوى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الطفل .

كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدي أيضًا إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط ، ولعل ذلك يتضح من نتائج عدة دراسات التي كان هدفها فحص العلاقة بين تناول الطفل لمواد سكرية ، ونشاطه الحركي المفرط ، ولقد بينت نتائج جميع هذه الدراسات أن المواد السكرية التي يتناولها الطفل لا تؤيد إلى إصابته باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، ولكنها تؤدي إلى ارتفاع مستوى نشاطه الحركي من خلال زيادة نسبة الطاقة لديه .

خامسًا : العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطفل ووالديه :

يحتاج الطفل إلى الحب والقبول والدفء العاطفي من والديه مثل حاجته إلى الغذاء والكساء ، ولذلك فإن أساليب المعاملة الوالدية الصحيحة التي يشعر الطفل منها خلالها بالاهتمام والحب من والديه تؤدي إلى توافقه النفسي والاجتماعي ، وأما أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح أو المقنع ، والإهمال ، واللامبالاة بالطفل ، والعقاب البدني أو النفسي الشديد والتي يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه وكأنه من سقط المتاع فإنه يؤدي إلى إصابته باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد :

إن إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يرجع لعدة أسباب تتعلق إما بالمخ ، أو بالوراثة ، أو بالظروف البيئية المحيطة ، وأشرنا كذلك إلى أن هذا الاضطراب غالبًا ما يصاحبه اضطرابات أخرى ، كانت سلوكية ، أو انفعالية ، أو تعليمية والتي قد تكون سببًا أو نتيجة الاضطراب ، ولذلك فإن علاج هذا الاضطراب لا يجب أن يعتمد على طرق علاجية واحدة خاصة إذا كان يصاحبه أحد أو بعض الاضطرابات الأخرى سالف الذكر ، حيث إن تعدد

أثناء النمذجة على جذب انتباه الطفل تجاه ما يراد نمذجته من سلوك ، ويجعل النمذجة أكثر فاعلة .

وتقدم عروض النمذجة أمثلة للمهارات التي يجب أن يتعلمها الطفل المتدرب ، والتي يجب أن يكافأ على أدائها ، كما يمكن عرض بعض أشكال السلوك غير المرغوب حتى يستطيع الطفل التمييز بين أشكال السلوك المرغوب وغير المرغوب لكي يحثه ذلك على اكتساب مهارات السلوك المرغوب .

٢- التعزيز الإيجابي :

يعد التعزيز أحد مبادئ تعديل السلوك ، وهو يعني إضافة أو ظهور مثير معين عقب قيام الفرد بالسلوك المرغوب مباشرة مما يؤدي إلى زيادة احتمالات تكراره مستقبلاً ، وينقسم التعزيز إلى نوعين إيجابي وسلبي : فالتعزيز الإيجابي يتضمن تزويد الطفل بأشياء مادية أو معنوية يحبها عقب قيامه بالسلوك مباشرة مثل إعطائه طعام أو شراب معين يفضله الطفل ، أو مدح الطفل والثناء عليه ، والتعزيز السلبي يعني تخليص الطفل من مثيرات أو أحداث غير مريحة أو منفرة .

وهناك عدة عوامل تساعد على زيادة فاعلية التعزيز أهمها ما يلي :

- اختيار معزز مناسب يفضله الطفل .
- أن يتم التعزيز عقب قيام الطفل بالسلوك المرغوب مباشرة .
- تنويع التعزيز لأن الاعتماد على معزز واحد يؤدي إلى حدوث إشباع الطفل من هذا المعزز مما يحول دون قيامه بالسلوك المرغوب عندما تطلب منه .

٣- التلقين :

يشير التلقين إلى التنبيه الذي يسبق سلوك المتدرب والذي يعمل استثارة وتحريك هذا السلوك مما يساعد المتدرب على القيام بهذا السلوك بنفسه ، ولذلك يزيد التلقين من احتمال تكرار الاستجابة واكتساب الطفل للسلوك المرغوب ، ويساعد التعزيز على سرعة تعلم الاستجابة الملقنة .

وتتضح أهمية التلقين في مساعدة المتدربين على إتقان أداء أدوارهم التي يؤدون فيها السلوكيات المرغوبة ، ويتمثل دور الملقن في أن يقدم وصفاً كاملاً للاستجابة المرغوبة بالإضافة إلى توجيه المتدرب أثناء أدائه للسلوك المرغوب ، ثم يقوم بعد ذلك بتقويم الأداء وتقديم عائد

وينصب الاهتمام في العلاج السلوكي للنشاط الزائد على تقوية الانتباه لدى الطفل كوسيلة لخفض الأنماط السلوكية غير المناسبة ، أو الاستجابات التي لا تتعلق بالمهمات المطلوب تأديتها ، ويرى أنصار النظرية السلوكية أنها تُعد من أهم الأساليب العلاجية غير الطبية التي تستخدم في علاج هذا الاضطراب؛ حيث يتم تنظيم البيئة الصفية بحيث تكون خالية تقريبًا من العوامل التي تؤدي إلى تشتت الانتباه ، كما أنها يجب أن تشتمل على أماكن تعليمية خاصة بالطفل ، وغرفًا صغيرة ، وجدرانًا خالية من الاستثارة البصرية مثل الألوان والصور والملصقات ، وتشمل أيضًا تعديل الظروف البيئية الصفية والمنزلية واستخدام نشاطات مختلفة لزيادة الانتباه .

وعادة يستخدم التعزيز الإيجابي مع العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال مما يعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه ، وقد يكون التعزيز الإيجابي إما ماديًا مثل مكافئة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى ، أو معنويًا مثل تقبيل الطفل ، أو مداعبته ، أو مدحه بعبارات شكر مختلفة .

كما أنه إذا استخدم التعزيز الإيجابي في العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال فيجب على من يقوم بتدريب الطفل أن يقدم التعزيز على السلوك المراد تعزيزه مباشرة لأن تأجيله قد يؤدي إلى نتائج عكسية .

ومن أهم الاستراتيجيات التي يستخدمها العلاج السلوكي في علاج المشكلات السلوكية الناتجة عن إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ما يلي :

١- النمذجة :

يعني هذا الأسلوب إتاحة نموذج سلوكي مباشر أو تخيلي لإكسابه معلومات حول النموذج السلوكي المعروض بقصد إحداث تغيير مباشر في سلوكه ، وذلك من خلال إكسابه أنماطًا سلوكية جديدة ومرغوبة .

وتفيد النمذجة في علاج العديد من المشكلات السلوكية الناتجة عن إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وخصوصًا مشكلة ضعف المهارات الاجتماعية؛ حيث يتم من خلالها عرض المهارات الاجتماعية إما بصور حية live modeling ، أو بصورة غير حية من خلال الصور ، وفي حالة استخدام النمذجة الحية فإن الطفل المستهدف يقوم بملاحظة نمذجة سلوك معين في موقف طبيعي ، وأما في حالة النمذجة غير الحية فإن الطفل يقوم بملاحظة السلوك المعروض على فيلم أو شريط فيديو ، ويساعد وصف الأحداث بأسلوب لفظي

إن الافتراض المنطقي وراء استخدام مثل هذه الأساليب والفنيات هو أن سلوكيات هؤلاء الأطفال يمكن تعديلها عن طريق تعليمهم التفكير بطريقة مخالفة وذلك يكتسبون الضبط الذاتي والقدرة على تغيير تعديل سلوكياتهم بصورة أكثر فعالية .

وقبل أكثر من مائة عام أورد وليام جيمس أن الكلام الموجه إلى الذات يمكن أن يستخدم لمساعدة الناس لتركيز انتباهم على مشكلاتهم وضبط تلك المشكلات . ويقوم هذا الاتجاه على افتراض أن الإنسان ليس سلبياً حيثُ لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب ولكنه يتفاعل معها ويكون مفاهيم حولها ، وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه ، بمعنى آخر يعتقد القائمون بتعديل السلوك إلى أن هناك تفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك ويسمى باندورا هذا التفاعل بالحتمية المتبادلة .

إن دراسة العلاقة بين المثيرات والاستجابات بحد ذاتها لا تكفي ولكن لا بد من دراسة العلميات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة . فعندما يتعرض الإنسان لمثير ما فيعطي تفسيراً له معتمدا على معنى المثير من وجهة نضرة وفي ضوء ذلك يحاول معدلوه السلوك المعرفي تغيير السلوك من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات البيئية وكيفية تفسيره لها .

والضبط الذاتي كأحد أشكال إعادة التنظيم المعرفي الذي يستهدف تدريب الطفل على تعديل أنماط التحدث للذات Self – Statement يؤدي بالتالي إلى تعديل السلوك . وينصب الاهتمام في التنظيم الذاتي على التحدث إلى الذات باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك والضبط الذاتي . ويعتبر ميكنبوم ، أول من طور هذا الأسلوب حيثُ تبين له إن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة إيجابية .

وقد أورد ميكنيوم سببين رئيسن لابتكار أسلوب تعديل السلوك معرفياً من خلال تدريب الأطفال على تقديم التعليمات للذات self- instruction :

أوليهما : يتمثل فيما قاله بعض علماء النفس إن الضبط الذاتي يمكن أن يمر بثلاث مراحل ففي المرحلة الأولى فإن حديث الآخرين الذين هم في العادة من الكبار يضبط ويوجه سلوك الطفل وفي المرحلة الثانية يتحدث الطفل لنفسه بطريقة غير معلنة مفترضاً أن ذلك له دور في ضبط الذات وبهذا يصبح الطفل اجتماعياً بواسطة التعليمات الداخلية المتبادلة التي يقدمها الطفل لنفسه بينما لاحظ بعض العلماء إن الانتقال من الحديث الشخصي interpersonal speech إلى التفكير يمثل فروقاً نوعية في البناء المعرفي .

للمتدرب ، ويجب على المدرب أن لا يستغرق في الموقف حتى يتمكن من إدراك أداء المتدرب وتقويمه بدقة وموضوعية

وهناك عدة عوامل تساعد على نقل أثر التدريب للمواقف المشابهة وهي كما يلي :

١- إمداد المتدربين بالمبادئ العامة والمفاهيم المناسبة والقواعد والاستراتيجيات اللازمة لاستخدام المهارة بشكل مناسب .

٢- جعل سياق التدريب مماثلا لسياق الحياة الفعلية بقدر الإمكان .

٣- زيادة مواقف التعلم وإتاحة الفرص أمام المتدربين لتكرار التدريب على المهارات المطلوبة عدة مرات في الجلسات التدريبية .

٤- إتاحة الفرصة للمتدربين لاستخدام المهارات التي تعلموها في سياقات الحياة الطبيعية والتفاعلية .

٥- تقديم التدعيم المناسب للمتدربين عقب قيامهم بالاستجابة المطلوبة بالشكل الصحيح على أن يتم سحب التدعيم تدريجيًا عقب تمكنهم من أداء الاستجابة المطلوبة بالشكل الصحيح بحيث يتمكنون من القيام بهذه المهارات في البيئة الطبيعية بدون تعزيز .

ثالثا : العلاج المعرفي السلوكي :

وقد قام جولد ستين بمراجعة وتلخيص العديد من الأساليب المعرفية التي يمكن استخدامها لهذا الغرض وقد تضمنت تلك الأساليب التسجيل الذاتي Self-recording والتي يقصد بها تعليم الأطفال من خلال كتابة المذكرات ووضعها داخل الجدول مفيدة معدة لهذا الغرض ، والتقييم الذاتي Self -evaluation أي تعليم الأطفال على كيفية تقييم سلوكياتهم بطرق فعالة وصحيحة . والتعزيز الذاتي Self-reinforcement أي تعليم الأطفال وتدريبهم على تعزيز ذواتهم عند قيامهم بالأداء الصحيح والتعليم الذاتي Self- instruction أي تعليم الأطفال على كيفية التعامل مع المشكلات وكيفية حلها بفاعلية ، وتوجيه سلوكياتهم بطريقة منظمة ، والتدريب القائم العزو السببي Attribution trainig أي بناء تقدير الذات والشعور بالقدرة على ضبط الذات وقد تم استخدام مثل هذه الأساليب المعرفية مع الأطفال الذين يعانون من عجز نمائي Developmental ، بما فيهم الأطفال ذوي المشكلات التعليمية ، والمشكلات السلوكية ، وإصابات المخ ، واضطرابات الانتباه ، كم تم استخدامها في دراسات علاجية لسلوكيات متنوعة منها السلوكيات المرتبطة بأداء النشاط . والطاعة ، وتقدير الذات ، والمهارات الاجتماعية .

رابعًا : العلاج النفسي :

إن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يجعل الطفل المصاب به ، وكذلك والده عرضه لبعض الاضطرابات الانفعالية .

فبالنسبة للطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد نجد أن المشكلات التعليمية التي تنجم عن هذا الاضطراب تؤدي إلى تأخره دراسيًا ، كما أن قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة يؤدي أيضًا إلى اضطراب علاقته الاجتماعية مع المحيطين به خاصة أقرانه ، ومحصلة كل ذلك أن الطفل يشعر بالفشل وينخفض تقديره لذاته ، كما أنه يشعر بالوحدة النفسية ، والقلق ، والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات الانفعالية الأخرى .

أما بالنسبة للوالدين فالبعض منهم يعتقد أنه هو السبب في إصابة طفلهم باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، ولذلك فإنهم يشعرون بالذنب ، كما أن السلوكيات غير الاجتماعية التي يقوم بها طفلهم المصاب بهذا الاضطراب تؤدي إلى توترهم وتسبب لهم ضغوطًا نفسية كثيرة تنعكس على العلاقة بين الوالدين ، والتي قد تؤدي في بعض الأحيان إلى التصدع الأسري ، ومن هنا كان تدخل العلاج النفسي ، والذي إما أن يوجه للطفل المصاب بهذا الاضطراب ، وإما أن يوجه لوالديه بهدف تخفيف حدة هذه الاضطرابات الانفعالية سالفة الذكر لديهم .

ونتيجة لذلك فإن العلاج النفسي يعد من أكثر أنواع العلاج فائدة للطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب على المدى البعيد؛ حيث إنه يسمح للطفل بإقامة علاقة إيجابية مع المعالج مما يجعله يفهم الصعوبات التي يواجهها هذا الطفل ويسعى لحلها له .

خامساً : العلاج التربوي :

إن الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يوجه بعضهم صعوبات تعلم تلازم هذا الاضطراب ، والتي إما أنها تكون سببًا أو نتيجة الاضطراب ، كما يوجد لدى بعضهم الآخر هذا الاضطراب بدون صعوبات التعلم .

فإذا كان الطفل يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أيضًا يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، أيضًا صعوبات تعلم فإنه في هذه الحالة يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة يجب أن تكون حجرة الدراسة العادية التي يدرس فيها مع أقرانه العاديين مجهزة بطريقة خاصة بحيث يكون موقعها بعيدًا عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية لمنع تشتت الانتباه السمعي لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب ، كما يجب أن تكون جيدة الإضاءة والتهوية ومؤثثة بأثاث سليم يريح الطفل في جلسته ، حيث الكرسي المكسور ، أو صغير الحجم يجعل

وثانيهما : ما أشارت إليه البحوث العلمية من أنه بالإمكان تغيير سلوك الأطفال عن طريق تغيير الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات .

وقد استخدم هذا الأسلوب بفاعلية لمعالجة بعض الأنماط السلوكية غير التكيفية مثل القلق الاجتماعي والعدوان والتهور والنشاط الحركي الزائد واضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال العاديين .

ويرى باركلي إن أسلوب تدريب الأفراد على كيفية ضبط سلوكياتهم بأنفسهم يعتبر من أساليب تعديل السلوك التي تنمو بصورة سريعة وقد تخصص في هذا المجال كل من دوجلاس وميكنبون وكندال .

ويتم أسلوب الضبط الذاتي من خلال تقديم التعليمات للذات عن طريق تلفظ الطفل ببعض العبارات التي توجه للذات ففيها تسهل الألفاظ حدوث السلوك التوافقي أو تزيد من احتمالية حدوثها ، وفيه يتعلم الطفل كيف يراقب سلوكه ، وكيف يقارن ما بين السلوك الذي يقوم به والسلوك الذي كان من المفروض أن يؤديه ، وكيف يعزز ذاته بعد أن يصل إلى المطلوب هذا الرأي حيثُ يقول إن العلاج السلوكي المعرفي لتعليم الأطفال كيفية ضبط الذات هو عملية دمج الإجراءات السلوكية والمعرفية ، ويتمثل فيه تدريبهم على تقديم التعليمات اللفظية للذات والتي تلعب دوراً أساسياً ومهما في الضبط الذاتي إضافة إلى بعض الاستراتيجيات الأخرى كالتعليم الأنموذج ولعب الدور وتقييم الذات ، وقد تم دمج تلك الاستراتيجيات في البرنامج العلاجي المستخدم في دراسة الحالة هذه . ومن أساليب العلاج المعرفي السلوكي .

- التنظيم الذاتي :

يشمل التنظيم الذاتي الملاحظة الذاتية والتعزيز الذاتي ، ويتمثل المصدر الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي لمعالجة النشاط الزائد في افتراض مفاده الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى دونما تدخل علاجي خارجي .

- الاسترخاء :

استخدمت عدة دراسات أسلوب الاسترخاء العضلي التام بنجاح في معالجة النشاط الزائد لدى أطفال في الصف الأول الابتدائي ، ويستند هذا الأسلوب افتراض مفاده أن تدريب الطفل على الاسترخاء يهدئ الطفل ويقلل من تشتته .

الطفل يشعر بالقلق وعدم الراحة في جلسته مما يؤدي إلى زيادة تململه وكثرة حركته البدنية ، والتي توجد لدى الطفل ، كما يجب أيضًا أن تخلو حجرة الدراسة من اللوائح التي تعلق على الجدران وغيرها من الأشياء التي تؤدي إلى تشتت الانتباه البصري لدى الطفل .

وفضلاً عما سبق يجب أن تكون هناك حجرة دراسية أخرى مجهزة على الطريقة السابقة لكي يتم فيها التدريس للطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب بطريقة فردية ، كما يجب أن يقوم بهذا التدريس معلم آخر غير الذي يدرس الطفل في اليوم الدراسي العادي ، والهدف من ذلك هو تنوع الموقف التعليمي ومصدر المعلومات ، لأن الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد سريع الملل من النمط المتكرر ، ولذلك فإن تغيير حجرة الدراسة والاستعانة بمدرس آخر تختلف شخصيته وطرقة أدائه عن المعلم الأساسي للطفل يجعل هناك تشويقًا في الموقف التعليمي ، ويساعد الطفل على التركيز مما يؤدي إلى رفع مستوى تحصيله الدراسي .

أما إذا كان الطفل يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بدون صعوبات تعلم فإنه في هذه الحالة يحتاج إلى بعض العناية والاهتمام الخاص في حجرة الدراسة العادية مع أقرانه العاديين؛ حيث إن تشتت انتباهه ، وضعف قدرته على الإنصات ، وعدم قدرته على متابعة التعليمات ، وما يعانيه من اندفاعية ، وفرط في النشاط الحركي يؤثر بطريقة مباشرة على تلقيه للمعلومات ، ومدى فهمه لها ، ولذلك إذا استطاع المعلم السيطرة في حجرة الدراسة العادية على هذه الأعراض لدى هذا الطفل ، أو تخفيف مستوى حدتها من خلال استخدام المعلم لبعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه مثل هذا الطفل والسيطرة على سلوكه غير المرغوب في موقف تعليمي يتسم بالإثارة والتشويق ، فإن مستوى التحصيل الدراسي سوف يرتفع لدى هذا الطفل .

كما يجب على المعلم أن يعرف كيف يتعامل ويتفاعل مع الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، حيث إن النقد الذي يوجهه المعلم له يقابله هذا الطفل بالعناد والسلوك العدواني .

أما التفاعل الإيجابي بينهم ، والذي يمكن أن يشارك فيه أقران هذا الطفل من الأطفال العاديين فإنه يساعده على تكوين مفهوم موجب عن ذاته ، كما يساعده أيضًا على التخلص من سلوكه المشكل ، وينمي لديه القدرة على تركيز انتباهه على العملية التعليمية ، ولذلك فإن مستوى تحصيله الدراسي وهذا ما أكدته بعض الدراسات الحديثة .

الفصل الثامن
اكتئاب الطفولة

- تعريف اكتئاب الطفولة .
- أسباب الاكتئاب .
- نظريات تفسير الاكتئاب .
- طرق الوقاية من الاكتئاب (إرشادات للمعلم) .
- أساليب تشخيص الاكتئاب .
- طرق علاج الاكتئاب .

الحالات لو تركت دون علاج تتكرر عند الأطفال ثم تتكرر معهم عندما يكبرون بشكل أكثر تطورًا .

وقد زاد الاهتمام بظاهرة الاكتئاب نتيجة الإحساس بالعدد المتزايد من الأطفال المكتئبين تحت سن الثانية عشرة ، إذ تشير التقديرات إلى أن هناك طفل من بين كل ٥ أطفال يعاني من شكل من أشكال الاكتئاب ، ويرى بعض المختصين بأن هناك ارتباط بين الاكتئاب ومشكلات التبول على الفراش ، وثورات الغضب (tantumes) والأعياء (Fatigue) والفشل في المدرسة ، والجنوح (delinquent) والنشاط الزائد ، والاضطرابات السيكوماتيكية ، ويتسم الأطفال المكتئبين بالاعتمادية ، والعجز ، ونادرًا ما يظهرون الفرح ، أو السرور ، وعدم الحب ويفضلون العزلة ، وفي ثورات الغضب يهددون بايذاء أنفسهم أو قتلها ، أو يلحقون الأذى بها ، وهذه إشارات تحذير لمحاولات الانتحار التي قد يرتكبونها ، فقد يميلون إلى القفز من مكان مرتفع ، أو يمرون بسرعة من أمام السيارات ، أو يبلعون السموم أو الأجسام .

تعريف اكتئاب الطفولة :

يثير تعريف اكتئاب الطفولة جدلاً كبيرًا بين الدارسين والمختصين ، وصلت إلى حد إنكار وجوده إطلاقًا ، وقد ظهرت دراسات الحالة الاكتئاب الطفولة منذ بدايات القرن الماضي ورغم كل الأبحاث العلمية والدراسات التي تناولته لا يزال اكتئاب الطفولة غير مدرج على دليل الاضطرابات العقلية الأمريكي ، ومن وجهة نظر تحليلية لا يمكن ظهور الاكتئاب الرئيس لدى الأطفال ، كما يظهر لدى البالغين ، وذلك لنقص تطور الأنا العليا في تلك المرحلة العمرية ، أما وجهة النظر الثانية والتي كانت شائعة في الستينات والسبعينات من القرن الماضي فترى أنه لا يظهر لدى الأطفال كما يظهر لدى الكبار ، ولكنه يظهر وعلى شكل سلوكات مختلفة مثل التجنب أو الفشل المدرسي أو الأعراض النفس جسمية واضطرابات التصرف .

أسباب الاكتئاب :



الفصل الثامن
اكتئاب الطفولة

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا بعد القلق ويصيب الأفراد من مختلف الأعمار ، حيث يمكن القول أن ما نسبته ٤ – ٢٤% من أفراد أي مجتمع يعانون من أعراض اكتئابية حقيقية (Gambrill, 1981) والاكتئاب حالة شعورية ، ونوع من المزاج يمر به معظم الناس ولو لفترة قصيرة ، وقد عُرف الاكتئاب كحالة مرضية منذ القدم ، وقد لا تظهر أعراضه بوضوح خاصة في المستويات بسيطة الشدة التي لا تسترعي الانتباه ، وهناك عدد غير قليل من الحالات التي يعاني منها المراهقون والشباب حيث يتجه المصاب بالاكتئاب منذ بدايته إلى تبديد الشعور به عن طريق تعاطي الكحول ، أو العقاقير ، أو العنف ، أو المثابرة والاجتهاد في العمل ، أو الإبداع الفني ، وتدعي هذه الحالات بالكآبة المقنعة .

والسؤال هنا هل يكتئب الطفل ؟



نعم ---- الطفل أيضا يكتئب مثل الكبار !!!!!!

إذا لاحظت الأم أن طفلها لم يعد يلعب مع الأطفال الآخرين كعادته ، ولم يعد تجذبه برامج التليفزيون كما كان من قبل ، أو أنه لم يعد يهتم بهواياته التي كان يمارسها ، أو يهتم بنظافة ملابسه ، وأنه أصبح يجلس حزينًا ، ويرفض الطعام ، أو يتناول الطعام بشراهة ويطلبه كثيرًا وينام كثيرًا ، ولا يستطيع الجلوس في مكان واحد لفترة طويلة ، أو يشكو من سرعة نبضات قلبه ورعشة في يده ، ويلاحظ الأهل أن وجهه شاحب وليس كالسابق ، هذه الأعراض تدل على أن هذا الطفل مصاب بالاكتئاب تمامًا كما يصاب الكبير والفرق الوحيد أن الطفل لا يستطيع التعبير عن مشاعره ، ومن الضروري في هذه الحالة عرض الطفل على طبيب نفسي ، لأن هذه

التلفزيون لأكثر من ست ساعات متواصلة يوميا يكون أكثر عرضة للاكتئاب ممن لا يتعرض لنفس الكمية من المشاهدة .

عوامل طبية وجسمانية : تعاطي المخدرات مثل الماريجوانا والخمر قبل الإصابة بالاكتئاب يعتبر إحصائيا من العوامل التي تؤدي للإصابة بالاكتئاب في أوساط المراهقين لاحقا .

الكثير من الأمراض الجسدية التي تصيب الطفل كالربو والسكر واضطرابات الغدة الدرقية وغيرها هي من عوامل الإصابة بالاكتئاب .

الأمراض النفسية والعصبية مثل اضطراب شح الانتباه وفرط الحركة ,(ADHD) متلازمة توريت، التوحد ,(Autism) اضطرابات القلق بأنواعها مثل الرهاب والوسواس القهري كلها تعد أرضية خصبة للتسبب في الاكتئاب في الأطفال .

الاكتئاب في الأطفال قد يؤثر بشكل أكبر منه لدى البالغين لأسباب ومنها :

- يصعب على الطفل التعبير عما يعانيه .
- قد يتلقى العقاب على أعراض الاكتئاب التي قد تبدو كالعناد أو أنه فاشل في دراسته مما يفاقم مشكلة الاكتئاب أكثر .
- أن الطفل يصاب به وهو في مرحلة التأسيس لشخصيته ومداركه ومرحلة التعليم الأولى .
- أن الاكتئاب قد يغير مجرى حياة الطفل للأبد أي أن ينتقل الاكتئاب وتأثيراته إلى مرحلة عمرية بعد الطفولة .
- صعوبة التشخيص لحالاتهم حتى من قبل أمهر المختصين مما يفوت عليهم فرصة العلاج .

ومن العرض السابق يمكن إجمال أسباب ظاهرة الاكتئاب لدى الأطفال بما يلي :

١- مشاعر الذنب لدى الأطفال المكتئبين وتنبع من اقترافهم طرق للسلوك غير المرغوب ، أو الشعور بالمسئولية عن إهانات متخيلة ، أو من الشعور العام بعدم اللياقة وعدم القيمة والفشل .

٢- إسقاط الغضب على الذات كطريقة صريحة لمعاقبة أنفسهم .

٣- الشعور بالعجز والضعف .

٤- رد فعل على خسارة شيء عظيم بالنسبة للطفل .

٥- الحصول على الانتباه والحب والشفقة أو الرغبة بالانتقام .

في الغالب لا يكتئب الطفل بالذات إلا بوجود سبب أو أسباب قوية قد تكون معلومة وقد ون داخلية غير واضحة للعيان إلا بالتدقيق والفحص والاستقصاء . قد يوجد سبب واحد ولكن ، الغالب تتضافر العوامل المختلفة مع بعضها البعض لتسبب هذا الاضطراب القوي في ـزاج .

أكثر من ٥٠% من الأطفال والمراهقين كانوا يعانون من نوعين أو ثلاثة من الضغوط فسية خلال فترة العام الأخير من حياتهم قبل أن يصابوا بهذا المرض . كن تقسيم الأسباب إلى : أسباب وراثية، الضغوط النفسية والحياتية والأسرية، وأخيرا أسباب بية جسمانية .

الوراثة : في حالة وجود اكتئاب لدى أحد الوالدين، فإن ما نسبته ٤٠% من الأطفال في أسرة سيصابون بالاكتئاب قبل بلوغهم سن الـــ ٢٠ سنة . وكلما كان سن الوالدين أصغر عندما ـيبوا بالاكتئاب كلما زادت نسبة إصابة أطفالهم بنفس المرض . الأم تحمل أهمية أكبر في جانب الوراثي، فكلما كان اكتئابها أشد كلما كان اكتئاب الأطفال أشد أيضا ويكونون معرضين ـوت انتحارا بنسبة أكبر أيضا .

الضغوط النفسية والحياتية والأسرية : الطفل والمراهق حساسان جدا لما يجري حولهما ـالذات في المنزل الذي هو البيئة الأولى التي تحتضنهم ومصدر الأمان لهم ، وجود حالة ـفصال بين الأم والطفل يعد من أخطر الأمور التي تحصل للطفل وتجعله فريسة للاكتئاب حتى كان رضيعا . من الضغوط الأخرى هي وجود خلافات شديدة في المنزل تجعل من الطفل يشعر بالأمان والاطمئنان .

في حالة وجود مدمن على الخمور أو المخدرات في الأسرة وبالذات من الوالدين فإن هذا لتأكيد سيشكل في النهاية ضغطا نفسيا هائلا على الطفل قد لا يطيقه وينتهي به الأمر إلى لانطواء والكآبة .

سوء معاملة الطفل واضطهاده بأي شكل (النفسي والجسدي والجنسي) من أسباب الكآبة ـم التي لا يمكن تجاهلها . ردة فعل الطفل قد لا تكون خارجية بل تبقى حبيسة في داخله وتؤدي ـ إلى الكآبة . الإهمال أيضا يعد نوعا من أنواع سوء المعاملة التي تؤدي بالطفل للمشاكل نفسية ومنها الاكتئاب .

مشاهدة البرامج التلفزيونية بكثافة وبالذات تلك التي تعرض الطفل للضغط النفسي الخوف من العوامل التي تؤدي للإصابة بالاكتئاب . أشارت الدراسات إلى أن الطفل الذي يشاهد

كفايته الشخصية وقدرته على مواجهة المشكلات التكيفية وإنتاج سلوكات فعالة في مواجهتها تلعب دورًا كبيرًا في تحديد طبيعة مشاعره ومزاجه .

رابعًا : النظرية السلوكية :

يري بافلوف أن الاكتئاب نتيجة لتكرار الصدمات والتجارب المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في طفولته ، والتي تخلق مزاجًا مميزًا يؤثر على تجارب الفرد في كبره ، كما ينطلق لوينسون (Lewinsiohn) في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر سلوكية إذ يعتقد أن انخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد هو العامل المسئول على ظهور الاكتئاب لديه ، ويؤكد على وجود فروقًا ذات دلالة بين الأفراد المكتئبين والعاديين من حيث مستوى النشاط ، أو السلوك الممارس ، وأن انخفاض مستوى النشاط أو السلوك الممارس ، يخفض من معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد (Gotlib, 1981) ، وذلك بناءً على نتائج الدراسات التي قام بها فريق البحث التابع له ، والذي توصل أيضًا إلى النتائج التالية :

١-يمارس المكتئبون نصف ما يمارسه العاديون من السلوك اللفظي تجاه الآخرين .

٢-يستجيب المكتئبون للسلوكات الموجهة نحوهم من الآخرين بشكل إيجابي بنسبة أقل بكثير من العاديين .

٣-يستجيب المكتئبون بشكل أبطأ من الأفراد العاديين للمثيرات اللفظية الموجهة نحوهم .

خامسًا : النظرية المعرفية :

وينظر بيك للاكتئاب على أنه اضطراب في التفكير ويؤكد على أن طريقة الفرد في معالجة المعلومات وتفسيره للحوادث التي يعيشها ، واعتقاداته تلعب دورًا كبيرًا في تحديد شكل ونوع مزاجه ، ويعتمد تفسير بيك للاكتئاب على ثلاثة مفاهيم رئيسية هي :

١- الخرائط المعرفية (Schemas) :

يعتبر (Bartlett) أول من قدم مفهوم الخرائط أو المخططات المعرفية التي يستخدمها الفرد لتنظيم المفاهيم والاعتقادات ، وافترض بأن لكل فرد خرائطه الخاصة التي تميزه عن غيره مما يسبب اختلاف الأفراد في فهمهم لأنفسهم وعالمهم ، وردود أفعالهم نحو المواقف المختلفة ، وهذه الخرائط ليست ثابتة بل تتطور وتتعدل نتيجة الخبرات والمعلومات التي يتعرض لها الفرد ، ويمكن تلخيص خصائص الخرائط المعرفية بأنها :

- تتكون نتيجة لمعلومات الفرد وخبراته .

٦- البيئة الأسرية حيث تشير الإحصاءات إلى أن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتئبين هم مكتئبون أصلاً ، وهناك دلائل تقول بأن الميل إلى الاكتئاب هو خاصية موروثة بالاكتساب من خلال التقليد ، كما أن الضيق وصراعات الأسرة تقود إلى مشاعر اكتئابية لدى الأطفال خاصة الحساسين منهم .

٧- العامل الفسيولوجي الطبي دلت الدراسات على وجود أسباب جسمية طبية تؤدي إلى حدوث ردود فعل اكتئابية فجأة أو بالتدريج ، مثل الأسباب الهرومونية خاصة عند الإناث في سن البلوغ ، ونقص الحديد (الأنيميا) ، والاختلالات الوظيفية للغدد ، وبعض الأمراض مثل اضطرابات سكر الدم ، والأطعمة التي تسبب الحساسية .

ـيات تفسير الاكتئاب :

هناك العديد من النظريات التي فسرت حدوث الاكتئاب ، وفيما يلي عرض لأهم هذه ـظريات :

أولاً : النظرية البيولوجية :

ظهرت العديد من التفسيرات للاكتئاب ، فقد أشار كرينز (Krains) في كتاباته إلى إمكانية ـود تفسير بيولوجي للاكتئاب ، واستند في ذلك على الدراسات المتعلقة بالتوائم المتطابقة وعلى ـود تفسيرات هرمونية لظهور الاكتئاب .

ثانيًا : نظرية العجز المتعلم :

ومن النظريات التي وجدت انتشارًا واسعًا ودعمًا في نتائج البحوث ، نظرية العجز المتعلم ـلجمان والتي تفترض أن طريقة العزو الخاطئة لدى الفرد لمصادر النجاح والفشل في حياته ، ـسباب الخبرات السارة وغير السارة في حياة هي المسئولة عن مشاعره الاكتئابية ، حيث يعتقد ـلجمان أن الاكتئاب يحدث عادة بعد تكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات ـياة اليومية والشعور المستمر بالعجز واليأس والذي قد يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة للهرب ـ موقف لا أمل فيه .

ثالثًا : نظرية التعلم الاجتماعي :

تقدم نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا تفسيرًا هامًا للاكتئاب من خلال مفهوم الكفاية الفعالية الشخصية الذي يبز دور التقييم الذاتي في الاكتئاب ، حيث ترى أن إدراك الفرد لمدى

- **مستقبل** : يفترض المكتئب أن خبراته وتجاربه غير السارة التي يعاني منها في حاضره سوف تستمر وتؤثر على مستقبله فهو يتوقع الإحباط والفشل لكل مهمة قادمة عليه أداؤها .

وبناء على ما سبق يعرف بيك الاكتئاب على أنه "حالة عيادية تصاحبها تغيرات جسمية وعقلية ومزاجية وهذه التغيرات هي" :

- البؤس والحزن واللامبالاة .
- تدني مفهوم الذات .
- الميل للوحدة والعزلة .
- اضطرابات النوم والشهية والنواحي الجنسية .
- انخفاض واضح في مستوى النشاط .

سادسًا : نظرية الميل الاجتماعي والنشاط :

يفسر الإداريون الأشخاص المكتئبين وكأنهم يحاولون التغلب على مشاعر النقص وجني مشاعر التفوق ، ويحاولون بشكل جدي لأن يكونوا أكثر فاعلية دون أن ينجحوا في ذلك ، حيث يخفقون ، وبالتالي يفقدون ميلهم الاجتماعي ويصبحون في حالة احتواء الذاتي (Self absorbed) ، ويصف موزاك المكتئب بأنه يعبر عن غضبه من خلال نوبات غضب هادئة وصامتة ولا يعترف لأنه يضطر لمعالجة الموقف أو مواجهة الشخص الذي أثار غضبه .

سادسًا : نظرية الميل الاجتماعي والنشاط :

يؤكد ألبرت أليس أن مشكلة الاكتئاب تنتج من طريقة تفكير الشخص المكتئب ومعالجته للأحداث الخارجية ، حيث يرى أن عواطف وانفعالات الإنسان ناتجة عن عقائده وما يؤمن به وعن تقييمه للأمور وتعريفه لها ، وفلسفته في تفسيرها وليس من الأحداث نفسه ، وينقسم نظام الأفكار التي يؤمن لها الفرد إلى قسمين هما : الأفكار العقلانية ، والأفكار اللاعقلانية التي يؤدي تقبلها وتعزيزها إلى الاكتئاب ولعل من أهم الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الاكتئاب والتي حددها أليس ما يلي :

- يجب أن أكون محبوبًا من قبل كل شخص أعرفه .
- يجب أن أكون مؤهل منجز كفؤ في كل النواحي لكي يكون لي قيمة .
- أنه مرعب أن لا تسير الأشياء بالطريقة التي أريدها .

- تلخص المفاهيم المعقدة التي تعرض على الفرد .
- تعالج المعلومات الجديدة وتنظمها وتقيمها .
- تخمن المدخلات الغامضة أو المفقودة أو الناقصة حيث تسعى إلى أن تكون واضحة .

ويرى بيك أن الخرائط المعرفية تتوسط بين الأحداث الخارجية (المثيرات) واستجابة الفرد ، حيث تقوم بترجمة وتفسير هذه المثيرات وتصفية وتقنين استجاباته نحوها ، مما قد يؤثر سلبًا إيجابيًا على إدراكاته ، وبالتالي على حالته الانفعالية .

٢- الأخطاء المعرفية (Ggnitive Erors) :

ويشير بيك إلى وجود مجموعة من الخرائط المعرفية تميز الأفراد المكتئبين عن غيرهم ، ق عليها ما يسمى بالأخطاء المعرفية ، وقد أظهرت الدراسات أن لدى الأفراد المكتئبين أفكارًا لا لقية وأخطاء معرفية ، بمعدل أعلى من العاديين ، وفيما يلي عرض لبعض هذه الأخطاء :

- الاستدلال الاعتباطي (Arbirtrey Inferenee) حيث يتبني المكتئب أحكامًا غير مبررة منطقيًا مما يجعله يحمل نفسه مسئولية كثير من الأحداث السلبية التي يعيشها .
- التجريد الانتقائي (Selective Absraction) حيث يركز المكتئب على الأجزاء السلبية ويهمل الإيجابية ، ويسمي الحدث على بناء الأجزاء السلبية التي يختارها .
- التعميم الزائد (Generali Zation) حيث يعمم المكتئب الخبرة السلبية على أحداث ليس لها علاقة .
- التصغير والتكبير (Magnitication and Minimaization) حيث يخطئ المكتئب في تقييم الأحداث والخبرات .
- كل شيء أو لا شيء (all or Nothing) حيث يعتبر المكتئب نفسه فاشلاً كليًا إذا لم يقم بالعمل بشكل مثالي ويحدث هذا الأمر عادة نتيجة لمعايير الإنجاز غير الواقعية التي يضعها لنفسه مما يؤدي إلى الشعور بالفشل وبالتالي ارتفاع معدل العقاب الذاتي لديه .

٣- الثلاثي المعرفي (The Cognitive Traid) :

ويظهر أثر الأخطاء المعرفية في ثلاثة أبعاد مرتبطة بالفرد هي :

- **ذاته** : حيث يتصف المكتئب بسمات شخصية عامة تجعله يميل إلى التقليل من قدراته والنظر إلى نفسه بصورة سلبية ومخالفة للواقع .
- **عالمه وواقعه** : يعتقد المكتئب أن العالم يحمله ما لا طاقة له به وأنه مليئ بالمعيقات التي تحول دون تحقيق أهدافه .

للأطفال (Children's Depression Inven –CDI– tory) وهو عبارة عن استبيان يتضمن (٢٧) فقرة صممت لقياس الاكتئاب لدى الأطفال في سن المدرسة ويتم الإجابة على هذه الفقرات بناء على خبرات الطفل السلوكية ولكل فقرة مقياس مدرج من (٠ – ٢) .

وهناك مقاييس أخرى مشهورة مثل مقياس الاكتئاب لدى الأطفال (C .D .S) الذي طوره تيشر ولانع والذي يحتوي على (٦٦) فقرة ، ومقياس رينولدنر للاكتئاب لدى الراشدين (Clarizio, 1989) . (R .A .DS)

مقياس بيرلسون للاكتئاب ((B D S) (Birleson et al,1987) :

لقد تطور هذا المقياس كأداة إكلينيكية لتقييم درجة الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين (Birleson et al , 1987) ، بعد أن كان يعتقد لسنوات عديدة أن الاكتئاب موجود فقط عند المراهقين ويتكون هذا المقياس من بنود مناسبة للأطفال ، وتُغطي معظم أعراض الاكتئاب المسجلة لدى الأطفال ، ومع ذلك فإن التشخيص الإكلينيكي يجب أن لا يعتمد على الدرجات العالية في هذا المقياس لوحده . وتكون إرشادات كيفية تعبئة هذا المقياس مكتوبة في أعلى صفحة المقياس ، ويُطلب من الأطفال أن يحكموا إلى أي مدى ينطبق البند عليهم خلال فترة أسبوع سابق .

يتكون هذا المقياس من ١٨ بند ، ويُطلب من الطفل وضع إجابته على كل بند في الخانة التي تنطبق على حالته ، وهذه الخانات هي (لا ، أحياناً ، دائماً) . حيث أن "لا" تأخذ صفر ، "أحياناً" تأخذ ١ ، و" دائماً" تأخذ ٢ ، ويتم تسجيل ذلك من البنود ١٨ ،١٧ ، ١٥ ، ١٤ ، ١٠ ، ٦ ، ٥ ،٣ . وهناك دراسة وجُدت أن ليس هناك طفل طبيعي لديه عدد نقاط أكثر من ١١ ، ومع ذلك فإن الأطفال الذين يتم تشخيصهم إكلينيكياً على أنهم يعانون من الاكتئاب ، تكون مجموع علاماتهم ١٧ ، ولقد تم استخدام هذا المقياس في عدة دراسات على الأطفال الذين يعيشون في بيئة ضاغطة من النكبات وممن تعرضوا للحروب .

وتتميز مقاييس تقدير الآباء أو الزملاء أو المعلمين بأنها تصف الأعراض الخارجية بشكل جيد إلا أنها تفشل في الكشف عن طبيعة الاكتئاب الداخلية ومعنى الأعراض بالنسبة للمريض ومشاعر الذنب لديه بالإضافة إلى الفروق الواسعة في اختلافات التقدير للأعراض لدى الآباء أو الزملاء أو المعلمين ، أما المقابلات العيادية – العلاجية النفسية ، فتعتبر من أكثر الأساليب استحداثاً لتقييم الاكتئاب لدى الصغار والمراهقين ، وتتطلب المقابلة عدة مهارات اجتماعية ومعرفية

- هناك دائمًا حل مثالي وصحيح لكل مشكلة ، وهذا الحل لا بد من إيجاده ، وإلا فإن
ـة ستكون مفجعة .

الوقاية من الاكتئاب (إرشادات للمعلم) :

١- شجع التعبير عن المشاعر بشكل مفتوح ، إن مشاعر الدفء والتقبل للطفل واحترامه والاستماع إليه والاهتمام به تحفز الطفل للتعبير عن مشاعره الصادقة وخاصة الغضب بطرق مختلفة ويغر مؤذية للنفس؟

٢- شجع مشاعر اللياقة والاستقلال لدى الأطفال إن حل المشاكل الإيجابي والحصول على الرضا الشخصي يمنع الشعور بالعجز ، وحاول الإصغاء إلى اقتراحاتهم واتباعها كلما كان ذلك ممكنًا .

٣- شجع مصادر عديدة من احترام الذات ، مثل الآباء والأصدقاء الزملاء ، وحاول توسيع اهتمامات ومهارات الأطفال ، أن هذه الإجراءات تجعل الأطفال أقل هشاشة وأقل ميلاً للجروح النفسية عند فقدان مهارة أو شخص .

٤- مثل التفاؤل والليونة ، يتعلم الأطفال مشاعرهم من الآباء والمعلمين ويجب أن تكون واعيًا لكمية الوقت الذي تصرفه في التحدث عن المواضيع الإيجابية أو السلبية معهم ، بحيث تكون متوازنًا ، وحاول أن لا تحتفظ بالمشاعر الجيدة لنفسك ، ودع الأطفال يعرفون إنجازاتك ومغامراتك ونجاحك وإحساسك بالسعادة .

٥- كن واعيًا لمشاعر العجز المستمرة ، وخذ شكوى الأطفال على محمل الجد وتقبلها باحترام .

ب تشخيص الاكتئاب :

إن اختلاف التعاريف للاكتئاب وتباينها في مستويات التركيز على المتلازمة الاضطراب
مرض يسبب التعدد في أساليب جمع المعلومات بهدف التشخيص ، ويتركز اهتمام معظم طرق
م النفسي للأطفال المكتئبين على أربعة أبعاد هي أساليب التقرير الذاتي (Self –report
techniqu تقدير الراشدين (Ratings by adults) ، تقدير الزملاء (Peer Rating) ،
ابلات العيادية (Clinical intervieww) ، وقد استخدمت مقاييس التقدير الذاتية منذ مدة
ـة في الأبحاث الإكلينيكية وتتميز بأنها تقدم كشفًا لحالة الاكتئاب ومشاعرها الداخلية لكنها لا
ـيع أن تحدد المستويات العيادية للاكتئاب (Dovacs, 1981) باستخدام كشاف الاكتئاب

رابعًا : العلاج التحليلي :

يهدف العلاج التحليلي إلى كشف محتويات اللاشعور وإخضاعها للمحاكم الشعورية وتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبنيًا على الواقع بشكل أكبر وتركز الأساليب التحليلية على إعادة بناء خبرات الطفولة وفهمها ومناقشتها وتحليلها لتطوير مستوى جيد من فهم الذات ، ومن ثم أحداث التغيير اللازم في بناء الشخصية فالعلاج موجه هنا نحو التبصير الحقيقي وليس التبصير العقلي ، أما أهم الأساليب العلاجية فتتضمن التداعي الحر الذي ينفس فيه المكتئب عم يجول في خاطره من أفكار ومشاعر بحيث يتم من خلال هذا التداعي ، والكشف عن الرغبات والتخيلات والصراعات والدوافع اللاشعورية لديه وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر المكبوتة ، ويسعى المعالج إلى تشجيع الفرد على التداعي الحر بالتعاطف مع خبراته ومشاعره ، وتفسير المقاومة للعلاج له إن حدثت ، وذلك لمساعدة العميل على التعامل الفعال ، وبالتداعي الحر والأساليب الأخرى مثل تحليل الأحلام ، وزلات اللسان ، والاختبارات الإسقاطية ، والعلاقة العلاجية نفسها ، يتم الكشف عن اللاشعور وتفسير السلوك الدفاعي والانفعال والصراع الذي يرتكز عليه ، ومن خلال هذا التفسير يسمح للأنا باستيعاب الأحداث الجديدة المكتشفة اللاشعورية ويحدث الشفاء .

خامسًا : العلاج متعدد النماذج MULTIMODAL THERAPY :

يأخذ العلاج متعدد النماذج بالاعتبار كافة العوامل المتنوعة التي تساعد على ظهور حالة الاكتئاب واستمرارها لدى الأطفال مثل العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية والنفسية والجسمية والمعرفية .

ب توافرها لدى الطفل ، ويستخدم المعالجين دراسة الحالة والملاحظة والتداعي الحر لاختبارات الإسقاطية لكشف الأفكار والدوافع اللاشعورية ، بهدف الوصول إلى تشخيص دقيق ـالة .

ـق علاج الاكتئاب :

أولاً : العلاج السلوكي :

ينصب الاهتمام الرئيسي للمعالج السلوكي على توفير مصادر مختلفة وحقيقية للتعزيز ـيجابي ، عن طريق تقديم نشاطات توفر فرصًا أكبر للتعزيز الإيجابي ، وبناءً على هذا الاعتقاد ـ لويلسون بتطوير مجموعة من الأنشطة والمواقف المعززة التي اتفق تجريبيًا على أنها تمثل ـاطات سارة تشتمل على تعزيز ايجابي .

ثانيًا : العلاج المعرفي :

يهتم المعالج المعرفي بمحاولة تعديل أعراض الاكتئاب من خلال التعامل مع المفاهيم ـعرفية التي تفسر ظهور هذه الأعراض ، وبالتالي ظهور الاكتئاب وتسير عملية العلاج حسب ـجهة نظر بيك المعرفية ضمن خطوات محددة هي :

١- ملاحظة أو مراقبة المريض لأفكاره السلبية .

٢- تنظيم العلاقة بين الإدراك والسلوك .

٣- اختبار المريض للدلالات والشواهد حول تفكيره الآلي الهدام .

٤- أبدل أفكار وطرق تفكير المريض السلبية (الخاطئة) بأفكار وطرق واقعية .

ثالثًا : العلاج السلوكي العاطفي – العقلاني :

أما المعالج السلوكي العاطفي – العقلاني للاكتئاب فيحاول خلال المرحلة الأولى للعلاج ـكشف عن المعتقدات اللاعقلانية لدى الشخص المكتئب ، حيث يحاول مساعدته في الكشف عنها ـإدراكها ، وفي المرحلة الثانية يحاول المعالج توعية المكتئب وتنمية قدراته على التمييز بين ـأفكار العقلانية واللاعقلانية لتأتي بعدها الخطوة الثالثة في العلاج وهي مناقشة الأفكار اللاعقلانية ـن خلال طرح تساؤلات وإثارة النقاش من قبل المعالج حول أفكار المريض غير المنطقية ، ونتيجة ـذه الناقشات يفند المكتئب أفكاره اللاعقلانية ويصبح في وضع قادر على تطوير فلسفة مؤثرة ـاعده على تطوير أفكار عقلانية واستبدالها بالأفكار اللاعقلانية غير الملائمة ، وبالتالي يحدث ـتأثير العلاجي وهو التغير الذي يطرأ على انفعالات والسلوك بسبب المعالجة حيث يقوم الفرد بتقليل ـشاعر الاكتئاب والكراهية الذاتية بمشاعر القناعة والسعادة .

الفصل التاسع
السرقة عند الأطفال

- تعريف السرقة .
- أشكال السرقة .
- دوافع وأسباب السرقة .
- طرق الوقاية من سلوك السرقة .
- كيف نعالج مشكلة السرقة ؟
- بعض طرق علاج السرقة .

وفي السنن الأخلاقية التي بها يؤمن كثرة من الناس اتفاق على أن خرق قواعد السلوك والاستحواذ على أملاك الآخرين جريمة .

أما بالنسبة للتربويين فهم لا يختلفون مع الآخرين بالنظر للسرقة ، لكن لهم وضع خاص عندما يتم الحديث عن سرقة الأطفال ، نظرًا لأن للمراحل النمائية لديهم في المجالات النفسية والعقلية والاجتماعية والسلوكية ، ما تزال مستمرة ولم تصل بعد إلى النضج الكامل الذي يؤهلهم إلى تحمل المسؤولية بشكل كامل .

وفيما يلي بعض التعريفات التي تتناول السرقة :

يعرف (محمد زيعور ، ١٩٩٣) السرقة بأنها عمل غير أخلاقي وذنب يعاقب عليه المجتمع فعلم النفس يتناول هذه السرقة كظاهرة وكتعبير عن مشكلة نفسية واجتماعية يعاني منها الولد فالسرقة ما هي إلا تعبير عن صراع وعن عدم استقرار ، ومن الضروري عدم المبادرة إلى العقاب فورًا دون معرفة الدوافع والأسباب ومعالجتها .

ويعرف (جليل وديع ، ١٩٩٤) السرقة على إنها تعتبر سلوكًا يعبر عن حاجة نفسية فهي ليست حدثًا منفصلاً قائمًا ذاته وإنما هو وظيفة في خدمة شخصية الفرد فقد تكون وسيلة مثلا لجذب الانتباه وإثبات الذات وقد تكون وسيلة لحماية هذه الذات .

ويعرف (زكريا الشربيني ،١٩٩٤) السرقة على أنها استحواذ الطفل على ما ليس فيه حق وبإرادة منه ، وأحيانًا باستغفال مالك المراد سرقته أو تضليله .

ونستخلص من التعريفات السابقة ما يلي :

- أنها استحواذ على ملكية الآخرين دون وجه حق .
- أنها عدوان على ملكية الآخرين .
- أنها عمل غير أخلاقي يجب أن يعاقب عليه القانون .
- أنها قد تكون مشكلة نفسية واجتماعية أو تربوية تحتاج إلى تطوير أساليب للوقاية والعلاج .

وحوادث السرقة البسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة شائعة جدًا ، وهي تميل عند الأطفال إلى بلوغ ذروتها في حوالي عمر ٥- ٨ سنوات ، ومن ثم تبدأ بالتناقص .

إن السرقة تبدأ كاضطراب سلوكي واضح في الفترة العمرية ٤- ٨ سنوات ، وقد يتطور الأمر ليصبح جنوحًا في عمر ١٠ -١٥ سنة ، وقد يستمر الحال حتى المراهقة المتأخرة ، السرقة

الفصل التاسع
السرقة عند الأطفال

قدمة :

يعتبر سلوك السرقة من المشكلات الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وقد يعتبر هذا سلوك مؤشرًا واضحًا على بعض الانحرافات السلوكية فيما بعد ، ولا يستطيع كثير من الآباء المعلمين التعامل مع هذا السلوك بأساليب العلاج والوقاية المناسبة ، مما يسبب بعض الإحباطات .ى الآباء والأطفال ، وقد يؤدي إلى تفاقم المشكلة ، لذلك كان لا بد من توجيه الوالدين والمعلمين لأساليب المناسبة للتعامل مع هذه الظاهرة .



السرقة نوع من السلوك يعبّر به صاحبه عن حاجة شخصية ، أو نفسية ، وهي كصفة الكذب بست عادة فطرية ، بل مكتسبة ، أساسها الرغبة في التملك بالقوة ، وبدون وجه حق ، أو بسبب عوز والحاجة ، وخاصة عند ما يجد الطفل زملائه يحصلون من ذويهم على كل ما يشتهون يطلبون وعدم قدرته على إشباع حاجاته ورغباته أسوة بزملائه ، وهذه الصفة ذات تأثير اجتماعي سيئ جداً ، لأن ضررها يقع على الآخرين .

عريف السرقة :

من الصعوبة جدًا إيجاد تعريف محدد للسرقة لدى الأطفال ، نظرًا للتباين الكبير بمفهوم سرقة وأسبابها لدى العديد من المختصين المهتمين بالموضوع في العلوم الإنسانية المختلفة التي تناول هذه الظاهرة ، فالأديان تعتبر السرقة سلوك محرم تحريمًا تامًا يوجب العقاب ولكن ضمن مروط وحدود يجب توافرها قبل الشروع بالعقاب ، والقانون يعتبرها جريمة يجب العقاب عليها ، لمن هم وضع الأطفال تصنف ضمن جرائم الأحداث ولها قانون خاص يحكمها .

دوافع وأسباب السرقة :

ـ **دوافع ظاهرية** : وتتلخص هذه الدوافع في :

أ- الرغبة في إشباع الحاجة ، ويتمثل أخطرها لدى المراهقين المدمنين على المخدرات .

ب ـ الرغبة في إشباع الميول والعاطفة والهوايات .

ج ـ الرغبة في التخلص من مأزق .

د ـ الرغبة في الانتقام .

ـ **دوافع لا شعورية** : وهي ناجمة عن علاقة السارق بالبيئة التي يعيش فيها ، والعلاقات الاجتماعية السائدة فيها ، حيث يتعلم الأبناء من ما حولهم من الأولاد المنحرفين سلوكياً .

ولا بد أن أشير إلى أن السرقة لها حالات مختلفة ، فقد تكون السرقة فردية ، وقد تكون جماعية ، وقد يسرق الشخص نوعاً معيناً من الأشياء ، أو أنواعاً متعددة ، وقد يكون السارق تابعاً ، وقد يكون متبوعاً ، وقد تكون السرقة رغبة ذاتية ، وقد تكون بالإكراه . ولا شك أن لكل واحدة من هذه الأنواع طريقة معينة للعلاج تختلف عن الأخرى .

ويمكننا سرد لأهم الأسباب التي تدفع إلى السرقة فيما يلي :

(١) الجهل بمعنى الملكية :

فالطفل عندما تمتد يده لسرقة لعبة أخيه أو زميله في المدرسة ، لا يفعل ذلك بدافع السرقة ، ولكنه يجهل معنى الملكية ، فهو يعتقد أن ما فعله ليس أمرًا مشينًا ولا مذمومًا؛ لأن نموه العقلي والاجتماعي لا يمكنه من التمييز بين ماله أو ممتلكاته وما ليس له أو ممتلكات الآخرين ، ومثل هذا الطفل لا يمكننا اعتباره سارقًا .

(٢) الغيرة والانتقام :

قد يلجأ الطفل للسرقة في بعض الأحيان بدافع الانتقام؛ فقد يسرق الطفل والده؛ لأنه صارم وقاس في معاملته له ، فيتجه الطفل للسرقة انتقامًا من والده على معاملته القاسية والسيئة له ، وقد يسرق الطفل والديه إذا وجد أنهما انصرفا عنه وأهملا رعايته وشؤونه؛ فيلجأ الطفل لسرقة والديه كرد فعل لتجاهلهما له ، والسرقة هنا انتقامية ، وقد يسرق الطفل زميله في المدرسة؛ لأنه يغار منه؛ لأن زميله طفل متفوق ومشهود له بالخلق الحسن ، وله مكانة مميزة عند مدرسيه ، في حين أن الطفل السارق على العكس من هذا ، هنا يلجأ الطفل للسرقة بدافع الغيرة أولاً ، وقد تتحول هذه الغيرة للانتقام في حالة قيام الوالدين أو أحد المدرسين بعقد مقارنة بين هذا الطفل المتفوق والطفل السارق ، وبالطبع لا تكون المقارنة في صالحه؛ فيلجأ للسرقة بدافع الانتقام والتشفي .

العادية إذا استمرت بعد سن عشر سنوات فإنها على الأرجح علامة وجود اضطراب انفعالي خطير عند الطفل وهي بحاجة إلى مساعدة متخصصة فورية .

لم يتم التعرف على دلالات حول سرقة الأطفال كمتنبئ بالسلوك اللاتكيفي في مرحلة المراهقة أو الرشد ، وقد أشارت دراسة للمقارنة بين استجابات الأطفال العاديين والأطفال المعاقين عقليًا لمقاومة السرقة ، أن الأطفال العاديين يقاومون الاستجابة للسرقة أكثر من الأطفال المعاقين عقليًا .

أشكال السرقة :

١-**السرقة الكيدية** : حيث يلجأ بعض الأطفال إلى سرقة الأشياء عقابًا إما للكبار أو لأطفال مثلهم ، حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفزع ، وذلك نتيجة لوجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين .

٢-**سرقة حب التملك** : لا نبالغ إذا قلنا أن أغلب الأطفال مارسوا نوعًا من السرقة ، وأن الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت مع النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولى برغبة الطفل الرضيع في الاستئثار بالأم وقد ينجح مما يدفعه بالتدريج إلى محاولات الاستحواذ على الأشياء الأخرى .



٣-**السرقة كحب للمغامرة والاستطلاع .**

٤-**السرقة كاضطراب نفسي** : إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجوع أو الاستطلاع .

٥-**السرقة لتحقيق الذات .**

٦-**السرقة نتيجة الحرمان .**

في اتخاذ الاحتياطات الأمنية للحفاظ على الأشياء ، بعيدًا عن متناول الطفل ، فيندفع الطفل بدافع حب الاستطلاع والاستكشاف لمعرفة ما تقوم أمه بإخفائه عنه ، والعبث به أو سرقته .

ومن العوامل التي ترتبط بأسباب السرقة العوامل المهمة التالية :

١- **العوامل الاقتصادية** : مثل الفقر وانخفاض دخل الأسرة ، ومعاناة الوالدين من البطالة .

٢- **العوامل الاجتماعية** : مثل التنشئة الأسرية الخاطئة (الدلال والحماية الزائدة ، الإهمال الزائد ، التفكك الأسري ، جهل الوالدين بأساليب التربية الحديثة) .

٣- **العوامل النفسية** : المتعلقة بالطفل مثل الاضطرابات الانفعالية والأمراض النفسية والغيرة والحرمان النفسي والاجتماعي .

٤- **العوامل المدرسية** : مثل الشعور بالنقص للفروق بالوضع الاقتصادي والتنافس والغيرة بين الأطفال ، وعدم المعاملة الجيدة من المعلم .

٥- غياب أو ضعف دور الوالدين وعدم قدرتهم على معالجة المشكلة بالأسلوب المناسب .

٦- وسائل الأعلام مثل التلفزيون والسينما والإنترنت وغيرها من الوسائل التي تقدم النماذج السلبية للأطفال .

٧- ضعف الوازع الديني والابتعاد عن التربية الإسلامية المناسبة .

وتختلف أسباب السرقة وتتباين بشكل صعب حصره وذلك كما أسلفت للاختلاف والتباين الكبير في العوامل التي قد تكون سببًا للسرقة وللاختلاف في أسباب السرقة بين المختصين الذين يتناولون موضوع السرقة في مختلف العلوم الإنسانية والاجتماعية .

ومن أهم أسباب السرقة :

١- ربما كان هنالك نقص خطير لشيء ما في حياة الطفل ، وبالتالي تكون السرقة تعويضًا رمزيًا لغياب الحب الأبوي ، أو الاهتمام أو الاحترام أو المودة ومن غير المستبعد أن تبدأ السرقة بعد ترك أحد الأبويين للبيت أو وفاته .

٢- سبب آخر للسرقة عند الطفل هو حقيقة أن بعض الآباء يحصلون على أشكال متعددة من السعادة اللاشعورية من سوء تصرف طفلهم حيث تشبع السرقة بعض مشاعر التمرد الكامنة لديهم الطفل يشعر ويستثار كي يستمر في السرقة .

٣- يمكن أن يكون الطفل قد قام باختيار نموذج سيء للاقتداء به ، وربما يكون قد رأي أحد أبويه أو أصدقاء أو أخوة وهو يسرق ومن ثم يقوم بتقليد هذا الشخص ، كما أنه ليس من النادر أن يسرق الطفل من أجل الحصول على رضا جماعة الرفاق .

(٣) الخوف من العقاب والتخلص من مأزق :

في بعض الأحيان يفقد الطفل إحدى لعبه ، وهو يلعب مع زملائه خارج المنزل ، مثل : كرته التي اشتراها له والده ، أو ساعته ، أو إحدى أدواته المدرسية؛ فيخشى الطفل من إخبار والديه بذلك خوفًا من عقابهما له وقيامهما بضربه ، وللتخلص من هذا المأزق يلجأ الطفل للسرقة ، وغالبًا ما يسرق نقود أحد والديه ليشتري لعبة أخرى شبيهة باللعبة التي فقدها ؛ لإخفاء فعلته ، واتقاء لعقاب والديه .

(٤) الفقر والحرمان :

فالطفل قد يلجأ للسرقة لشراء شيء أو حاجة هو محروم منها؛ بسبب فقر أسرته أو بخل والده الشديد ، فيسرق الطفل إما لشراء طعام يشتهيه؛ لأنه جائع ، وليس معه نقود ، أو يسرق ليشتري لعبة هو محروم منها ، وقد يسرق في بعض الأحيان لإشباع هواية لديه ؛ فقد يسرق لتأجير درّاجة يركبها ، أو لمشاهدة فيلم في السينما ، أو لدخول مدينة الملاهي للاستمتاع باللعب الموجودة فيها .

(٥) التقليد والمحاكاة :

في بعض الأحيان يلجأ الطفل للسرقة كنوع من التقليد والمحاكاة للوالدين ، خاصة إذا نشأ الطفل في بيئة إجرامية يعمل فيها كل من الأب والأم باحتراف السرقة ، وقد يلجأ الطفل للسرقة تقليدًا لأمه ، خاصة عندما يراها تمدُ يدها لحافظة أبيه لتستولي في تكتُم وسرية شديدة على بعض النقود دون إخبار والده بذلك ، وقد يلجأ الطفل للسرقة تقليدًا لأصدقائه رفقاء السوء ، والطفل في جميع الحالات السابقة هو مقلِّد لنموذج سيئ اقتدى به؛ سواء كان أحد الوالدين أو أحد أصدقائه .

(٦) التفاخر والمباهاة :

بعض الأطفال يعانون من الحرمان من اللعب التي تروق لهم؛ بسبب الفقر أو ضيق ذات اليد ، وعندما يشاهدون هذه اللعب مع قرنائهم وأصدقائهم في المدرسة يشعرون بالغيرة والنقص ، خاصة عندما يتفاخر أصدقاؤهم بهذه اللعب ، فيلجأ هؤلاء الأطفال لشراء مثل هذه اللعب أو أفضل منها؛ ليتفاخروا بها على أصدقائهم ، مدّعين أن آباءهم قاموا بشرائها لهم .

(٧) حب الاستطلاع والاستكشاف :

أحيانًا يكون سبب ودافع السرقة عند الأطفال هو سلوك الوالدين ، خاصة الأم ، عندما تكون شديدة الحرص بصورة مبالغ فيها في الحفاظ على الأشياء الغالية والرخيصة؛ حيث تبالغ

قادرين على التخطيط المسبق وتوفير النقود فإنهم يقومون بالسرقة للحصول على ما يريدون .

٤- حب الاستثارة أو الإيقاع بالغير وذلك من أجل الهيبة؛ حيث يسرق بعض الأطفال من أجل الإثارة (المخاطرة ، إلقاء التبعية على سواهم) ، ولكسب استحسان مجموعة الرفاق واحترامهم أو لكي يثبتوا مدى قوتهم وبراعتهم ، والحل يكمن في توجيههم إلى مصادر بديلة للإثارة والصداقة والأهمية .

٥- التعزيز الأبوي والنمذجة .

لاحظنا التباين الكبير في أسباب السرقة في ما ذكر أعلاه ، وهذا يجعلنا نبحث بالأساليب والطرق المناسبة للوقاية والعلاج من مشكلة السرقة .

السرقة المرضية (كليبتومينيا) :

حيث يجب المصاب في مواقف يصعب عليه أن يقاوم سرقة أشياء لا يحتاج إليها ولا تعود عليه بالنفع ، بل على العكس فإن معظم المرضى في هذه الفئة يلقون بما سرقوه في سلال القمامة أو يهدونه إلى الآخرين ، أو يخزنونه بعيدًا عن متناول يدهم أو متناول أيدي الآخرين ، كذلك فإن محب السرقة يمر بتوتر خاص قبلها وبنشوة شديدة بعدها .

يجب التمييز بين السرقة الاقتصادية وغير الاقتصادية وهذا إذا اعتبرنا وضعك مستقر أو لست بحاجة للسرقة ، ويقال عن مثل وضعك (جنون السرقة) والمفروض فيه أنه سرقة بسبب مرض نفسي وبدون أن يكون بدافع من حاجة اقتصادية .

ومن السخرية أن هؤلاء الناس الذين يسرقون بغير حاجة يحكمون على أنفسهم بأقسى مما يحكم عليها القانون؟ وذلك لأنهم لا يريدون أن (يشفوا) من (عادة) تدخل على أنفسهم مشاعر عنيفة لذيذة ، السرقة ، واللذة التي تحل محل اللذة الجنسية التي لا تهمهم كثيرًا ومن الحقائق المعروفة جيدًا بأن المراقبين السريين في المخازن الكبيرة يعرفون جيدًا مجانين السرقة ، ولديهم أوامر بأن يدعوهم وشأنهم دون القبض عليهم أو اعتراضهم لأن مقابل الليرات التي يسرقونها يحصلون على أضعافها من الأشياء التي يشترونها من ذلك المخزن نفسه ، كما أن كثيرًا ما تكون المسروقات تافهة ليست بالقيمة المادية الكبيرة .

٤- بعض الأطفال يسرقون من أجل تدعيم احترام الذات ، فهم يعرضون الأشياء المسروقة على الآخرين كي يثبتوا لهم صلابتهم ورجولتهم أو كفاءتهم ، كما يستمتع أطفال آخرون بالاستثارة وحسن المغامرة المتضمن في القيام بالسرقة .

٥- قد يسرق الطفل من خلفية اقتصادية اجتماعية متدنية لأنهم ببساطة لا يملكون إلا القليل جدًا يكون من الصعب عليهم احترام ملكية الآخرين .

٦- قد تكون السرقة هي طريقة الطفل اللاشعورية في الانتقام من أحد أبويه فإذا منع أحد الأبوين طفلته من وضع المساحيق (Make – up) فقد تقوم الطفلة بالسرقة من أحد المتاجر مع رغبة لا شعورية في أن يتم إمساكها وبالتالي تسبب الإحراج لوالدها .

٧- قد تكون السرقة علامة على التوتر الداخلي عند الطفل ، مثل الاكتئاب ، أو الغيرة من طفل جديد ولد للأسرة ، ويحاول الطفل استعادة الشعور الداخلي بالارتياح من خلال السرقة ، وقد يكون هناك سبب آخر هو أن لدى الطفل درجة احتمال للإحباط متدنية جدًا ، ويجد الصعوبة كبيرة في مقاومة الإغراء .

٨- مسايرة الآخرين وتقليدهم وهذا ما نراه من طفل انضم حديثًا إلى شلة من المنحرفين بحيث أمنوا له الحماية والشعور بالقوة ما يضطره إلى مسايرتهم والقيام بما تأمره به فيتم ذلك أولاً عن طريق الإغراء فالاستمالة من بعيد ثم التقليد فالامتهان .

أسباب السرقة في سن المدرسة :

فإن بعض أسباب السرقة عند الأطفال في سن المدرسة هي كما يلي :

١- الحرمان المادي؛ حيث إن بعض الأطفال لا يملكون ما يكفي من النقود لسد حاجاتهم لشراء الحلوى أو الذهاب إلى السينما وما إلى ذلك فهم يرغبون فيما يملكه أصدقاؤهم وليس لديهم طريقة أخرى للحصول على النقود ، والحل هو أن توفر لهم أشياء مادية أكثر أو مصادر دخل أخرى .

٢- الحرمان العاطفي يشعر الأطفال المحرومون عاطفيًا بالحرمان من الحب والمودة والاهتمام من قبل الأبوين ، والحل هو أن يبذل الأبوان جهودًا أكبر في حب أطفالهم وتقبلهم وقضاء الوقت معهم .

٣- عدم النضج؛ حيث يقوم بعض الأطفال في سن المدرسة (عمر سبع سنوات فما فوق) بالسرقة لأنهم لم يطوروا بعد ضميرًا ناضجًا أو قدرة على المحاكمة الأخلاقية؛ حيث أنهم ميالون للتمركز حول الذات ويبحثون عن إشباع فوري لدوافعهم ولما كانوا غير

ب ـ دقة الحواس ، من سمع وبصر .

ج ـ الجرأة وقوة الأعصاب

د ـ الذكاء .

وـ الملاحظة الدقيقة والاستنتاج .

وطبيعي أن هذه المهارات تكون ذات فائدة عظمى بالنسبة لأبنائنا ، إذا ما وجهت توجهاً خيراً وصحيحاً ، وأن بالإمكان أن نوجهها كذلك ، إذا اتبعنا الأساليب التربوية الصحيحة . فلو وجدنا مثلاً طفلاً يمد يده إلى شيء لا يملكه ، فيجب أن نعلمه بشكل هادئ أن عليه أن يستأذن قبل أن يأخذه ، لأن هذا الشيء لا يعود إليه ، وينبغي عدم اللجوء إلى التعنيف وكيل الأوصاف القاسية من لصوصية وغيرها لأن هذا الأسلوب له نتائج عكسية لما نبتغي .

كما أن علينا أن لا نشعر الطفل عند قيامه بهذا العمل للمرة الأولى بأنه لص ، أو ما شابه ذلك ، حيث أن لهذا التصرف تأثير سيء على مستقبل الطفل ، بل علينا أن نتتبع دوافع السرقة لنتمكن من اتخاذ الوسائل الكفيلة بعلاجه ، ونعمل على إشباع رغبته التي دفعته للسرقة بالطرق والأساليب الصحيحة ، لنجعله قادراً على ضبط رغباته والتحكم فيها . كما أن علينا أن نخلق لدى الطفل شعوراً بالتملك ، ونعلمه ما يخصه وما لا يخصه وكيف يحافظ على الأشياء التي تخصه .

ولا بدّ لنا أن نخصص لأبنائنا مصروفاً يومياً ، مع الإشراف على طريقة صرفهم للنقود ، وتعويدهم على عادة الادخار . إن الطفل الذي يرى زملائه يصرفون ويشترون داخل المدرسة وخارجها ، ولا يجد لديه ما يشتري به أسوة بزملائه ، قد يلجأ إلى الحصول على النقود أو الأشياء بطريق غير شرعي ، وغير سليم .

وأخيراً فإن تعزيز الصداقة بين الأبناء وأصدقائهم ، والمعاملة الطيبة التي يلقونها في البيت والمدرسة من قبل الآباء والأمهات والمعلمين والإدارة عامل هام لمنع وقوع السرقة ، فمن المعروف أن الصديق لا يفكر بالسرقة من صديقه .

إن علينا أن نستغل الجوانب الإيجابية لدى أبنائنا من أجل رفع مستواهم العقلي والاجتماعي ، وجعلهم يشعرون بقيمتهم في المجتمع عند ما يكونوا أمناء ، كما أن إشباع حاجاتهم المادية يجعلهم لا يشعرون بوجود تباين طبقي بين طفل وآخر ، وهذا هو أحد الأسباب الهامة التي تمنع وقوع السرقة بين أبنائنا .

ولا بد أن أشير إلى أن الطفل الذي ينشأ في بيئة تحترم الصدق قولاً وعملاً ، ينشأ أمينا في كل أقواله وأعماله ، وخاصة إذا وفرنا له حاجاته النفسية الطبيعية ، من الاطمئنان والحرية والتقدير والعطف ، والشعور بالنجاح ، فإذا ما وفرنا له كل ذلك فإنه لن يلجأ إلى التعويض عن النقص ، أو القسوة أو الانتقام وغيرها من الاتجاهات التي تجد في أنواع الكذب صوراً مناسبة للتعبير عن نفسها .

طرق الوقاية من سلوك السرقة :

في ما يلي بعض الطرق والأساليب المناسبة للوقاية من السرقة :

١- تكوين اتجاهات سلبية لدى الأطفال نحو السرقة ، واتجاهات إيجابية نحو الأمانة من خلال تبصير الأطفال بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية الواجب مراعاتها .

٢- **تعليم الطفل القيم :**

- أن الأبوين الذين يعطيان قيمة كبيرة للأمانة الشخصية ولاحترام ممتلكات الغير واللذين يهتمان بالخير العام بدل الكسب الشخصي ويعيان هذه القيم ويطبقانها على حياتهما اليومية يقل احتمال أن يكون لدى أطفالهم مشكلة سرقة .
- كذلك فإن الأبوين للذين يحترمان دائمًا حق الطفل في الملكية الشخصية يقل احتمال أن يكون لدى أطفالهم مشكلة في هذا المجال فهذان الأبوين لا يقدمان إطلاقًا على استعارة أي شيء يملكه الطفل دون أذنه المسبق .

٣- أن يقوم الوالدين بتأمين المصروف المنتظم للطفل وعدم ترك محفظة النقود أمامه ، والتأكد من أن يكون لدى الطفل نوعًا من الدخل المنتظم لشراء الأشياء التي يحتاجها وكذلك أن يدعوا الأطفال يدركون أن بإمكانهم اللجوء إليهم عندما يكونون بحاجة حقيقية للنقود وأنهم سوف يحاولون مساعدتهم .

٤- أن يكون الوالدين قدوة للطفل ، والتأكد من إظهارهم خلق الأمانة في النشاطات اليومية وأن يكونوا نموذجًا جيدًا لأطفالهم .

٥- يجب أن يحدد الوالدين بوضوح حقوق الملكية داخل البيت وخارجه ، مع احترام حقوق الجميع ، وأن يعلموا الأطفال كيف يستعيرون الأشياء التي يمتلكها الآخرون ويعيدونها إليهم .

٦- الإشراف المباشر على الطفل؛ حيث إن الأبوين الذين يتابعان النشاطات اليومية لأطفالهما لا يتيحا الفرصة لعادة السرقة أن تتطور كثيرًا قبل أن يتم كشفهم وكلما تم اكتشاف عادة السرقة مبكرًا ، كلما كان ذلك أفضل والتأكد أيضًا من توفير كثير من النشاطات البناءة المثيرة للأطفال كي يمارسوها في أوقات الفراغ .

كيف نعالج مشكلة السرقة ؟

يرى علماء التربية وعلم النفس أن السرقة تتطلب أن يكون لدى السارق مهارات عقلية ، وجسمية هامة تمكنه من القيام بهذا العمل الخطير والضار ، وقد تم تحديدها بما يلي :

أ ــ سرعة الحركة ، وخصوصاً حركة الأصابع .

٤- لا تصف الولد بصفات اللصوص مثل (أنت سارق . . حرامي) ولو تهكما فقد يستسيغ اللقب فيسعى إليه ، ولا سيما وأن فيه نوع من الانتصار على الكبار وهذه أمنية تدغدغ أحلام الصغار .

٥- إعطاء مصروف الجيب للأطفال بين الحين والآخر ومراقبة كيفية إنفاقهم بطريقة عفوية ودون إشعارهم بأننا نقوم بعملية مراقبة .

٦- الابتعاد عن وقفة السوء

بعض طرق علاج السرقة :

١- الوقوف على الغاية التي تحققها السرقة في حياة الطفل الانفعالية وبذلك كل جهد لمساعدته على إشباع هذه الرغبة الانفعالية بطريقة ترضيه وترضي المجتمع .

٢- عدم إشعار الطفل بالإذلال والمهانة بل يجب أن نشجعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية حتى يتغلب عليها .

٣- العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع .

٤- الاهتمام بالتربية الدينية وتعميق الوازع الديني لدى الأبناء في المنزل والمدرسة .

٥- تدعيم ثقة الأبناء بأنفسهم وذلك بمعاملة الكبار معاملة قائمة على الثقة وتربيتهم التربية التي تجعلهم يعتزون بأنفسهم ويشعرون بقيمتهم .

٦- مساعدة الأبناء على اختيار رفاقهم بطريقة تبعد تماما عن الضغط والقسر بل يتم ذلك بطريقة التفاهم المشترك والإقناع والاقتناع .

٧- عدم القسوة الشديدة على الأبناء وعدم محاسبتهم بعنف على كل صغيرة أو هفوة .

٨- إشباع الأبناء بالحب والعطف والحنان دون الإسراف في ذلك حتى لا نصل بهم إلى درجة التدليل الذي هو مفسدة لهم أيضًا فالتدليل ينمي في الطفل نزعة الأنانية التي قد تؤدي به إلى السرقة ، وكما تجعله يميل إلى الاعتماد على الآخرين ، حبذا لو كان هؤلاء الآخرين رفاق سوء مما يجعله أداة طبيعية لهم ولنواياهم السيئة .

٩- توجيه الأبناء إلى الأفلام التي يشاهدونها والروايات التي يقرؤونها .

١٠- تجنب الأسباب التي تقوي لدى الطفل الإحساس بالغيرة .

١١- رعاية الأبناء منخفضي الذكاء وتوجيه سلوكهم المعوج وجهة اجتماعية مقبولة .

١٢- تنمية الإحساس بالملكية الخاصة لدى الأطفال واحترامها ليحافظوا على ممتلكات الآخرين (وذلك باحترام الكبار لممتلكات أبناءهم وعدم الاعتداء عليها) .

عند معالجة السرقة يجب التمييز بين السرقة كنزوة عابرة فريدة أو هي متكررة (بداية احتراف) والتمييز بين نوع وحجم المسروقات وعدد المشاركين هل فردية أم هناك عصبة؟ وما هو دور الطفل السارق فيها ، فهل هو عضو أم قائد؟ والإجابة على هذه الأسئلة ضرورية لمعالجة هذه المشكلة الانحرافية في حال حدوثها كما أن السرقة عادة أو شبه عادة لا بد من الاستعانة بأخصائي نفسي للتوصل إلى علاج جذري لحلها .

وفي ما يلي عرض لبعض الأساليب المتبعة في علاج السرقة :

١- اتخاذ إجراءات فورية حيث ينبغي على الآباء بدلاً من تجاهل الميول اللاجتماعية عند أطفالهم أو التقليل من شأنها أن يعطوا وقتًا كافيًا أنهم هذا السلوك ومواجهته بشكل صحيح والذي ينبغي أن يكون غير مقبول في البيت كما هو غير مقبول في خارج البيت .
٢- حاول أن تحدد بنفسك ما الذي حققه الطفل من خلال السرقة بمعنى ما هي دوافعه الكامنة وراء هذا السلوك السيئ وبناء على ذلك يتم توجيهه وتوفير احتياجاته .
٣- مواجهة الطفل حيث ينبغي على الأبوين بالإضافة إلى طلبهما من الطفل أن يقوم بالتعويض عما أخذ ، أن يواجها الطفل لفظيًا بمخاطر هذا السلوك .
٤- اضبط أعصابك واستجب بهدوء .
٥- الملاحظة والمتابعة المستمرة لسلوك الأطفال .
٦- ترتيب الدخل المناسب للطفل وتزويده بالمصروف وتوفير احتياجاته باستمرار .

بعض الأساليب التربوية التي يمكن أن تحد من ظاهرة السرقة وهي :

١- عدم التشهير بالطفل أمام رفاقه إذا ضبط سارقًا بل معالجة مشكلته .
٢- عدم التمييز والتفضيل بين الأخوة .
٣- اختيار القصص والأفلام التربوية المناسبة للطفل ، لأن هنالك بعض وسائل التسلية المرئية والمقروءة تحرض الطفل على السرقة ، تظهر بمظهر بطولي فتظهر السارق إنسانًا خارقًا يجذب أنظار الآخرين ، ويمكن أن يوصف بالمهارة والحنكة والذكاء والأطفال في مرحلة من مراحل الطفولة يتوقون أن يكونوا في هذه المواصفات فيقون ضحية السرقة يحدث هذا طبعًا في غياب التربية الخلقية والدينية وغياب عملية الضبط الأسري والاجتماعي .

دور الآباء في الوقاية والعلاج من السرقة :

إن الآباء الذين يتشددون مع الأطفال لتقديم المبررات لما ارتكبوه يكونوا بعملهم هذا قد أسهموا في مضاعفة مشكلات أطفالهم تلك وهي مشكلات بحد ذاتها حادة لا تحتمل ويترتب على ذلك النتائج التالية :

١- فالطفل لا يستطيع الإتيان بأسباب وهو لا يعرفها قط .

٢- مضاعفة الشعور بالإثم لديه .

٣- سينتبه إلى شيء لم يكن يفكر به من قبل إلا وهو أنه قد أسيء فهمه من جانب الكبار .

٤- سيصبح منقسم الشخصية فتصبح ذاته منشطرة إلى شطرين وإحداهما متزمت صارم ممعن في اللوم والتأنيب ، والآخر يكون تحت سيطرة الأفعال الشريرة وتتسلط عليه دوافع خبيثة لا يقوى على الانفلات من أسرها ، ولا خلاف على أن في مثل هذه الأمور مصدر إزعاج كبير للطفل والأسرة .

لذلك يجب على الآباء أن يقوموا بما يلي لتفادي تعود أطفالهم على السرقة؟

١- يجب أن يعيش الأبناء في وسط عائلي يتمتع بالدفء العاطفي المتبادل بين الآباء والأبناء ولا يتأتى ذلك إلا بالحب والشعور بالأمن والطمأنينة والجو العائلي الهادي .

٢- توفير الضروريات اللازمة للأطفال من مأكل وملبس وخلافه .

٣- مساعدة الأطفال على الشعور بالانتماء والاندماج في جماعات سوية في المدرسة والنادي وفي المنزل والبيئة بوجه عام .

٤- يجب أن تحترم ملكية الطفل ومن ثم نعلمه احترام ملكية الغير وإذا اعتدى طفل على ملكية طفل آخر فيجب ألا نغمض أعيننا عن ذلك بل يجب أن ننتبه بمنتهى الرفق إلى أن ما فعله خطأ .

٥- مداومة التوجيه والإشراف المرن ومع عدم اتهام الطفل بأنه سارق أو لص إذا استولى على شيء ليس له ، مع معالجة السبب الرئيسي الذي جعله يلجأ إلى ذلك السلوك .

٦- مساعدة الأطفال على التخلص من الطاقة الزائدة والانفعال عن طريق المشاركة في أنشطة جماعية واللعب والهوايات كالموسيقى والأشغال الفنية إلى غير ذلك مما يكسب الطفل شخصية قوية وينمي قدراته .

الفصل العاشر
بعض مشكلات الأطفال السلوكية الأخرى

- الكذب عند الأطفال .
- الخوف والقلق عند الأطفال .
- مشكلة العناد .
- الانسحاب الاجتماعي .

١ ـ الكذب الخيالي :

كأن يصور أحد الأبناء قصة خيالية ليس لها صلة بالواقع ، وكثيراً ما نجد قصصاً تتحدث عن بطولات خيالية لأناس لا يمكن أن تكون حقيقية . وعلينا كمربين أن نعمل على تنمية خيال أطفالنا لكونه يمثّل جانباً إيجابياً في سلوكهم ، وأهمية تربوية كبيرة ، وحثهم لكي يربطوا خيالهم الواسع بالواقع من أجل أن تكون أقرب للتصديق والقبول غير أن الجانب السلبي في الموضوع هو إن هذا النوع يمكن أن يقود صاحبه إلى نوع آخر من الكذب أشد وطأة ، وأكثر خطورة إذا لم نعطيه الاهتمام اللازم لتشذبيبه وتهذيبه .

٢ ـ الكذب الالتباسي :

وهذا النوع من الكذب ناشئ عن عدم التعرف أو التأكد من أمر ما ، ثم يتبين أن الحقيقة على عكس ما روى لنا الشخص ، فهو كذب غير متعمد ، وإنما حدث عن طريق الالتباس وهذا النوع ليس من الخطورة بمكان . وهنا يكون دورنا بتنبيه أبنائنا إلى الاهتمام بالدقة وشدة الملاحظة تجنباً للوقوع في الأخطاء .

٣ ـ الكذب الادعائي :

يلجأ إليه للشعور بالنقص أو الحرمان ، وفيه يبالغ بالأشياء الكثيرة التي يملكها ، فيحدث الأطفال أن يملك ألعابا كثيرة وثمينة ، أو يحدثهم عن والده وثروته ، أو عن مسكنهم ويبالغ في وصفه .

وهذا النوع من الكذب يهدف إلى تعظيم الذات ، وإظهارها بمظهر القوة والتسامي لكي ينال الفرد الإعجاب ، وجلب انتباه الآخرين ، ومحاولة تعظيم الذات ، ولتغطية الشعور بالنقص ، وهذه الصفة نجدها لدى الصغار والكبار على حد سواء ، فكثيراً ما نجد أحداً يدعي بشيء لا يملكه ، فقد نجد رجلاً يدعي بامتلاك أموال طائلة ، أو مركز وظيفي كبير ، أو يدعي ببطولات ومغامرات لا أساس لها من الصحة ، وعلينا في مثل هذه الحالة أن نشعر أبنائنا أنهم إن كانوا أقل من غيرهم في ناحية ما فإنهم أحسن من غيرهم في ناحية أخرى ، وعلينا أن نكشف عن كل النواحي الطيبة لدى أطفالنا وننميها ونوجهها الوجهة الصحيحة لكي نمكنهم من العيش في عالم الواقع بدلاً من العيش في عالم الخيال الذي ينسجونه لأنفسهم وبذلك نعيد لهم ثقتهم بأنفسهم ، ونزيل عنهم الإحساس بالنقص .

الفصل العاشر
بعض مشكلات الأطفال السلوكية الأخرى

الكذب عند الأطفال :

الأطفال يكذبون عند الحاجة وفي العادة الآباء يشجعون الصدق كشيء جوهري وضروري في السلوك ، ويغضبون عندما يكذب الطفل ، والأطفال يجدون صعوبة في التميز بين الوهم والحقيقة ، وذلك خلال المرحلة الابتدائية ، ولذا يميلون إلى المبالغة ، وفي سن المدرسة يختلق الأطفال الكذب أحياناً لكي يتجنبوا العقاب ، أو لكي تفوقوا على الآخرين أو لكي يتصرفوا مثل الآخرين ، حيث يختلف الأطفال في مستوى فهم الصدق .



يمكن تعريف الكذب بأنه قول شيء غير حقيقي وقد يعود إلى الغش لكسب شيء ما أو للتخلص من أشياء غير سارة .

ولقد ميز بياجيه مراحل اعتقاد الطفل للكذب إلى ثلاثة مراحل :

- **المرحلة الأولى :** يعتقد الشيء أن الكذب خطأ لأنه شيء سيعاقب عليه .
- **المرحلة الثانية :** يبدو الكذب كشيء خطأ في حد ذاته وسوف يبقى ولو بعد زوال العقاب
- **المرحلة الثالثة :** الكذب خطأ ينعكس على الاحترام المتبادل والمحبة المتبادلة .

أنواع الكذب لدى الأطفال :

الكذب الذي يصدر من الطفل ليس واحدا ، وله تصنيفات عدة ، ومن أشهرها تصنيفه على أساس الغرض الذي يدفع الطفل لممارسته .

لمعالجة هذه الحالات ، وتشجيع التلاميذ على الاعتراف بالأخطاء والأعمال التي تنسب لهم ، وأن نُشعر الأبناء إلى أن الاعتراف بالخطأ سيقابل بالعفو عنهم ، وبذلك نربي أبناءنا على الصدق والابتعاد عن الكذب .

٧ ــ الكذب الغرضي [الأناني] :

ويدعا هذا النوع من الكذب كذلك [الأناني] ، وهو يهدف بالطبع إلى تحقيق هدف يسعى له بعض الأبناء للحصول على ما يبتغونه ، فقد نجد أحدهم ممن يقتر عليه ذويه يدعي أنه بحاجة إلى دفتر أو قلم أو أي شيء آخر بغية الحصول على النقود لإشباع بعض حاجاته المادية . إن على الأهل أن لا يقتروا على أبنائهم فيضطرونهم إلى سلوك هذا السبيل .

٨ ــ الكذب العنادي :

ويلجأ الطفل إلى هذا النوع من الكذب لتحدي السلطة ، سواء في البيت أو المدرسة ، عندما يشعر أن هذه السلطة شديدة الرقابة وقاسية ، قليلة الحنو في تعاملها معه ، فيلجأ إلى العناد ، وهو عندما يمارس هذا النوع من الكذب فإنه يشعر بنوع من السرور ، ويصف الدكتور القوصي حالة تبول لا إرادي لطفل تتصف أمه بالجفاف الشديد ، فقد كانت تطلب منه أن لا يشرب الماء قبل النوم ، لكنه رغبة منه في العناد كان يذهب إلى الحمام بدعوى غسل يديه ووجهه ، لكنه كان يشرب كمية من الماء دون أن تتمكن أمه من ملاحظة ذلك مما يسبب له التبول اللاإرادي في المنام ليلاً .

٩ ــ الكذب التقليدي :

ويحدث هذا النوع من الكذب لدى الأطفال حيث يقلدون الآباء والأمهات الذين يكذب بعضهم على البعض الآخر على مرأى ومسمع منهم ، أو يمارس الوالدان الكذب على الأبناء ، كأن يعِدون أطفالهم بشراء هدية ما ، أو لعبة ، فلا يوفون بوعودهم فيشعرون بأن ذويهم يمارسون الكذب عليهم ، فيتعلمون منهم صفة الكذب ، وتترسخ لديهم هذه العادة بمرور الوقت .

إن على الوالدين أن يكونا قدوة صالحة لأبنائهم ، وأن يكونا صادقين وصريحين في التعامل معهم ، فهم يتخذونهم مثالاً يحتذون بهم كيفما كانوا . فإن صلح الوالدين صلح الأبناء ، وإن فسدوا فسد أبناؤهم .

١٠ ــ الكذب المرضي المزمن :

وهذا النوع من الكذب نجده لدى العديد من الأشخاص الذين اعتادوا على الكذب ، ولم يعالجوا بأسلوب إيجابي وسريع ، فتأصلت لديهم هذه العادة بحيث يصبح الدافع للكذب لاشعورياً وخارجاً عن إرادتهم ، وأصبحت جزءاً من حياتهم ونجدها دوماً في تصرفاتهم وأقوالهم ، وهم

٤ ـ الكذب الانتقامي :

وهذا النوع من الكذب ناشئ بسبب الخصومات التي تقع بين الأبناء وخاصة التلاميذ ، حيث يلجأ التلميذ إلى إلصاق تهم كاذبة بتلميذ آخر بغية الانتقام منه ، ولذلك ينبغي علينا التأكد من كون التهم صحيحة قبل اتخاذ القرار المناسب إزاءها ، وكشف التهم الكاذبة ، وعدم فسح المجال أمام أبنائنا للنجاح في عملهم هذا كي يقلعوا عن هذه العادة السيئة .

٥ ـ الكذب الدفاعي :

وهذا النوع من الكذب ينشأ غالباً بسبب عدم الثقة بالآباء والأمهات بسبب كثرة العقوبات التي يفرضونها على أبنائهم ، أو بسبب أساليب القسوة والعنف التي يستعملونها ضدهم في البيت مما يضطرهم إلى الكذب لتفادي العقاب ، وهذا النوع من الكذب شائع بشكل عام في البت والمدرسة ، فعندما يعطي المعلم لطلابه واجباً بيتيا فوق طاقتهم ويعجز البعض عن إنجازه نراهم يلجئون إلى اختلاق مختلف الحجج والذرائع والأكاذيب لتبرير عدم إنجازهم للواجب ، وكثيراً ما نرى قسماً من التلاميذ يقومون بتحوير درجاتهم من الرسوب إلى النجاح في الشهادات المدرسية خوفاً من ذويهم .

وفي بعض الأحيان يكون لهذا النوع من الكذب ما يبرره حتى لدى الكبار ، فعندما يتعرض شخصاً ما للاستجواب من قبل السلطات القمعية بسبب نشاطه الوطني ، يضطر لنفي التهمة لكي يخلص نفسه من بطش السلطات وفي مثل هذه الأحوال يكون كذبه على السلطات مبرراً .

إن معالجة هذا النوع من الكذب يتطلب منا آباء ومعلمين أن ننبذ الأساليب القسرية في تعاملنا مع أبنائنا بصورة خاصة ، ومع الآخرين بصورة عامة ، كي لا نضطرهم إلى سلوك هذا السبيل .

٦ ـ الكذب الوقائي [الدفاعي] :

وهذا النوع من الكذب نجده لدى بعض الأبناء الذين يتعرض أصدقاءهم لاتهامات معينة فيلجئون إلى الكذب دفاعاً عنهم . فلو فرضنا أن تلميذاً ما قام بكسر زجاجة إحدى نوافذ الصف ، فإننا نجد بعض التلاميذ الذين تربطهم علاقة صداقة وثيقة معه ينبرون للدفاع عنه ، نافين التهمة رغم علمهم بحقيقة كونه هو الفاعل .

وعلى المربي في هذه الحالة أن يحرم هؤلاء من الشهادة في الحوادث التي تقع مستقبلاً لكي يشعروا أن عملهم هذا يقلل من ثقة المعلم بهم ، وعليه عدم اللجوء إلى الأساليب القسرية

• الابتعاد عن استعمال العقاب الذي يبدو أن الطفل يعفى منه لو دافع عن نفسه بأسلوب الكذب ، لأن الأطفال سوف يكذبون حتى يوفروا على أنفسهم إهانات الكبار .

طرق العلاج :

١ . توقف عن الأسئلة المحرجة التي تدعو الطفل إلى الكذب ، والسؤال الخداعي هو سؤال تعرف إجابته مسبقاً ، وبدلاً من أن تقول : هل نظفت غرفتك ؟ قل : لقد لاحظت أنك لم تنظف غرفتك . متى تنوي أن تقوم بتنظيفها .

٢ . ركز على إيجاد حلول للمشاكل بدلاً من اللوم ولتقل لطفلك : ما الذي يجب ان نفعله حتى ننتهي من واجبك المنزلي ؟ بدلاً من : هل قمت بواجبك المنزلي ؟

٣ . تجاهل ما يقوله لك طفلك من ((الكذب)) وساعده في اكتشاف الأسباب والنتائج التي أدت به إلى ذلك .

٤ . تجنب الكذب على الأولاد : فكثيرًا ما يكذب الوالدان على أولادهما الصغار؛ رغبةً في التخلص منهم ، أو تخويفاً لهم؛ كي يكفُّوا عن العبث واللعب ، أو حفزًا لهم كي يجدّوا في أمر ما ، أو غير ذلك .

٥ . تفهم الأسباب المؤدية للكذب لدى الطفل ، وتصنيف الكذب الذي يمارسه ، فالتعامل مع الكذب الخيالي والالتباسي يختلف عن التعامل مع الكذب الانتقامي والغرضي أو المرضي المزمن .

٦ . مراعاة سن الطفل ، ويتأكد هذا في الكذب التخيلي والالتباسي ، فالطفل في السن المبكرة لا يفرق بين الحقيقة والخيال كما سبق .

٧ . تلبية حاجات الطفل سواء أكانت جسدية أم نفسية أم اجتماعية ، فكثير من مواقف الكذب تنشأ نتيجة فقده لهذه الحاجات وعدم تلبيتها له .

٨ . المرونة والتسامح مع الأطفال ، وبناء العلاقة الودية معهم ، فإنها تهيء لهم الاطمئنان النفسي ، بينما تولد لديهم الأساليب القاسية الاضطراب والخوف ، فيسعون للتخلص من العقوبة أو للانتقام أو استدرار العطف الذي يفتقدونه .



يدعون أموراً لا أساس لها من الصحة ، ويمارسون الكذب في كل تصرفاتهم وأعمالهم ، وهذه هي اخطر درجات الكذب ، وأشدها ضرراً ، وعلاجها ليس بالأمر السهل ويتطلب منا جهوداً متواصلة ومتابعة مستمرة .

أي هذه الأنواع أكثر رواجا؟

أشارت أغلب الدراسات التي أجريت على كذب الأطفال أن أكثر هذه الأسباب شيوعا الكذب الوقائي ويمثل ٧٠% . و١٠% كذب التباسي و٢٠% يعود إلى الغش والخداع والكراهية .

أسباب الكذب :

١) تجنب عواقب قول الحقيقة من لوم أو عقاب .

٢) التغطية على الخطأ أو فشل في إنجاز أمر ما .

٣) تجنب إيذاء مشاعر الآخرين .

٤) تجنب أي موقف مثير للتوتر .،

٥) جذب انتباه الآخرين .

٦) رفع مكانة الطالب بين أقرانه .

٧) تحقيق منفعة مادية .

٨) الحصول على معاملة خاصة .

٩) **التخيل النفسي** : عندما نكرر ونردد على مسامع الطفل أنه كاذب فسوف يصدق ذلك من كثرة الترديد .

١٠) **عدم الثقة** : الآباء قد يظهرون أحياناً عدم الثقة بما ينطق به أبناءهم وإن كان صدقاً ، لذا يفضل الطفل أن يكذب أحياناً ليكسب الثقة .

الوقاية من الكذب :

- أن لا يطلب من الأطفال أن يشهدوا ضد أنفسهم ، أو أن يطلب منهم الاعتراف بأخطائهم ، وبدلاً من ذلك يجب جمع الحقائق من مصادر أخرى ، ووضع القرارات بناءً على هذه الحقائق ، وفي حال إذناب الطفل تجنب العقاب ، ويجب مد يد العون للطفل .
- تأسيس مستوى للصدق وتشكيل قدوة للطفل .
- مناقشة الحكمة والمغزى من الصدق يتم التبيين فيها أن الكذب شيء غير محبب وكذلك السرقة والخداع .



وقد كان العلماء يعتقدون أن الطفل يولد مزوداً بغريزة الخوف ، لكن الدراسات الحديثة تشير إلى أن الخوف عند الطفل لا يبدأ قبل الشهر السادس ، ولا يكون في هذه السن واضحاً أو محدداً ، وأكثر ما يبدو ذلك بتأثير الأصوات العالية ، وإضاعة التوازن .

وتعتبر السنوات الأولى في حياة الفرد من أهم الفترات ، بل هي الدعامة الأساسية التي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية ، وفي خلالها يتقرر ما إذا كان سينشأ على درجة معقولة من الأمن والطمأنينة ، أو سيعاني من القلق النفسي والخوف ، ذلك لأن أية خبرة نفسية وجدانية مخيفة يصادفها الإنسان في طفولته تسجل في نفسه وتظل هائمة فيها ، وقد يستعيدها لاشعورياً في كبره فيشعر بالخوف ، وقد يسقط مشاعرها على المواقف والخبرات المشابهة فيخاف والمخاوف المعقولة جزء طبيعي من الحياة ، وكل طفل يتعلم طائفة معينة من المخاوف ، وبعض هذه المخاوف تساعد على حفظ الذات مما يدفع الطفل إلى تجنب الأخطار المرتبطة بها ، وقد تكون هذه المخاوف أساساً لتعلم أمور جديدة (كالخوف من السيارة المسرعة أو الخوف من بعض الحيوانات المؤذية) .

إلا أن المخاوف الشديدة والكثيرة الانتشار والتكرار والتي ترتبط بأنماط سلوكية معينة (كالبكاء والانسحاب والتماس المساعدة ...) لا تتفق ولا تتناسق مع السلوك المتزن الفعال ، وقد تكون بعض مخاوف الأطفال من هذا النوع ، وبذلك يمكن أن تكون أكبر عائق يقف في سبيل نموهم الصحي .

تعريف الخوف :

هناك تعاريف عديدة للخوف وسنكتفي بهذه التعاريف :

"الخوف إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات ، وذلك بتعبئة الإمكانات الفيسيولوجية للكائن الحي" .

٩ . البعد عن عقوبة الطفل حين يصدق ، والحرص على العفو عن عقوبته أو تخفيفها حتى يعتاد الصدق ، وحين يعاقب إذا قال الحقيقة فهذا سيدعوه إلى ممارسة الكذب مستقبلا للتخلص من العقوبة .

١٠ . البعد عن استحسان الكذب لدى الطفل أو الضحك من ذلك ، فقد يبدو في أحد مواقف الطفل التي يكذب فيها ما يثير إعجاب الوالدين أو ضحكهما ، فيعزز هذا الاستحسان لدى الطفل الاتجاه نحو الكذب ليحظى بإعجاب الآخرين .

١١ . تنفير الطفل من الكذب وتعريفه بشؤمه ومساوئه ، ومن ذلك ما جاء في كتاب الله من لعن الكذابين ، وما ثبت في السنة أنه من صفات المنافقين ، وأنه يدعو إلى الفجور ...إلخ .

١٢ . تنبيه الطفل حينما يكذب ، والحزم معه حين يقتضي الموقف الحزم –مع مراعاة دافع الكذب ونوعه– وقد يصل الأمر إلى العقوبة؛ فإنه إذا استحكم الكذب لديه صعب تخليصه منه مستقبلا ، وصار ملازما له .

١٣ . القدوة الصالحة؛ بأن يتجنب الوالدان الكذب أمام الطفل أو أمره بذلك ، كما يحصل من بعض الوالدين حين يأمره بالاعتذار بأعذار غير صادقة لمن يطرق الباب أو يتصل بالهاتف .

١٤ . ومما يتأكد في ذلك تجنب الكذب على الطفل نفسه ، وقد نهى النبي صلى الله عليه وسلم عن ذلك ؛ فعن عبد الله بن عامر رضي الله عنه أنه قال : دعتني أمي يوما ورسول الله صلى الله عليه وسلم قاعد في بيتنا ، فقالت : ها تعال أعطيك ، فقال لها رسول الله صلى الله عليه وسلم : " وما أردت أن تعطيه؟" قالت : أعطيه تمرا ، فقال لها رسول الله صلى الله عليه وسلم : " أما إنك لو لم تعطه شيئا كتبت عليك كذبة" رواه أحمد وأبو داوود .

مشكلة الخوف والقلق لدى الأطفال :

من بين الانفعالات التي يعيشها الإنسان في حياته يعتبر الخوف واحداً من أكثرها شيوعاً وتثيره مواقف عديدة لا حصر لها ، والتي تتباين تبايناً كبيراً في حياة مختلف الأفراد ، كما تتنوع شدته من مجرد الحذر إلى الهلع والرعب ، ويعتبر الخوف إحدى القوى التي قد تعمل على البناء أو على الهدم في تكوين الشخصية ونموها .

ويظهر انفعال الخوف عند الطفل على أسارير وجهه في صورة فزع وقد يكون مصحوباً بالصراخ ، ثم يتطور بعد السنة الثانية إلى الصياح والهرب المصحوب بتغيرات في خلجات الوجه أو الكلام المتقطع أو قد يكون مصحوباً بالعرق أو التبول اللاإرادي أحياناً ، وتنتشر عدوى الخوف بين الأطفال كالنار في الهشيم .

ويمكن معرفة مدى خوف الطفل بمقارنة مخاوفه بمخاوف أغلب الأطفال الذين هم في مثل سنّه ، وبمقارنة درجة هذه المخاوف بدرجة مخاوف أقرانه . فالطفل مثلاً في الثالثة من عمره يمكن أن يخاف من الظلام ويطلب إضاءة المكان ، وربما كان خوفه هذا في حدود المعقول ، أما إذا فقد الطفل اتزانه وأبدى فزعاً شديداً من الظلام فلا شك أنه خوف شاذ ، وهذا النوع من الخوف مبالغ فيه ، وهو ضار لشخصية الطفل وسلوكه ، أما الخوف الطبيعي المعقول فهو مفيد لسلامة الطفل .

ويبدو بعض الأطفال خوافين بشكل عام ، وبعضهم الآخر يخاف خوفاً محدداً من شيء أو شيئين ، ولا تُظهِر معظم الدراسات وجود فروق في الخوف بين الأولاد والبنات .

إن حوالي نصف الأطفال على الأقل تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعب والأشباح وحوالي ١٠% من هؤلاء يعانون خوفاً شديداً من شيئين أو أكثر ، والمخاوف الأكثر شيوعاً بين سنتين وست سنوات فيما بين سن السنتين والأربع سنوات تغلب المخاوف من الحيوانات والظلام والحيوانات والغرباء ، وتقلّ هذه المخاوف عمر خمس سنوات ثم تختفي فيما بعد ، وفي عمر ٤ إلى ٦ سنوات تسيطر المخاوف المتخيلة مثل الأشباح والوحوش ، وتبلغ ذروتها في عمر ٦ سنوات ثم تختفي فيما بعد .

إن٩٠% من الأطفال تحت السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكل طبيعي .

وبالرغم من أن طبيعة مخاوف الأطفال قد يعتريها التغير مع مرور الزمن ، إلا أنه في جميع الحالات تعتبر المخاوف أساساً توقعاً لخطر أو لحدث غير سار ، إلا أنها تتميز الواحدة منها عن الأخرى في بعض النواحي ، فالخوف الواقعي بصورة عامة يعتبر أكثر تحديداً ، فهو عبارة عن استجابة لخطر حقيقي ، والجدير بالذكر أنه لا يوجد مثير واحد يُحدث الخوف في مرحلة الطفولة ، بل هناك مجموعة من العوامل ، ويتعلم الطفل من خلال نموه التمييز بين ما هو مألوف (لذلك فهو في أمان) وما هو غير مألوف (يعتبره خطراً عليه) وقد قام جيرسلو وهولمر (١٩٣٥) بدراسة واسعة لمخاوف الأطفال في فترة ما قبل المدرسة ، حيث سُجّلت مخاوف الأطفال والظروف المتصلة بها لمدة ٢١ يوما ، وقد كانت نتيجة الدراسة أن المخاوف من الأشياء

"الخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية في بعض المواقف ... فيظهر في أشكال متعددة وبدرجات تتراوح بين مجرّد الحذر والهلع والرعب" .

"الخوف هو انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطرٍ ما وتوقّع حدوثه" .

نمط الخوف :

يعدّ الخوف إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات ، وذلك بتعبئته الإمكانات الفيزيولوجية للكائن الحي . إذ يبدأ الخوف على صورة نبض في الدماغ فينبه بدوره الأعصاب الودّية لتنبه مناطق مختلفة في الجلد وأعضاء مختلفة كالقلب والرئتين والأمعاء لتفرز علامات تدل على الخوف ، مثل تعرق راحتي اليدين وخفقات القلب وتسرع النبض والتنفس وجفاف الحلق ...الخ . والأعصاب الودية تؤدي عملها بواسطة مادة تسمى الأدرينالين ، وهي تُفرز عند نهايات الأعصاب الكائنة في الأعضاء المعينة . وإن الغدتين الأدرناليتين نفسيهما وهما تحت تأثير تنبيه أعصاب الود ، تفرزان مادة أدرينالية إضافية في مجرى الدم لتزيد المادة الإضافية هذه من نشاط الأعصاب الودية .

فالصورة الكاملة للخوف تنطوي على جميع الأعراض التي يسببها الأدرينالين ، وتنتج عنه والتي سبق ذكرها ، ولا يشعر الفرد في العادة بما يقوم به الجسم من عمل وما يؤديه من وظائف ، ذلك لأن الأعصاب نظيرة الودية تنظّم عمل الأعصاب الودية . وأنه فقط في الحالات غير الاعتيادية مثل حالات / الخوف – القلق – الغضب – الاستثارة / تتحكم الأعصاب الودية بالأعصاب نظيرة الودية فيشعر الفرد بوظيفة بعض الأعضاء .

مخاوف الأطفال وكيفية تطورها :

لقد كان هناك شبه إجماع بين العلماء على أن من أهم المثيرات الأولى للخوف في الطفولة المبكرة هي الأصوات العالية الفجائية في السنة الأولى من عمر الطفل ، خصوصاً عندما تكون الأم بعيدة عنه . وبتقدّم نمو الطفل تزداد مثيرات الخوف وتتنوع ، ففي السنة الثانية وحتى الخامسة قد يفزع الطفل من الغرباء ومن الوقوف في مكان مرتفع ومن الحيوانات والطيور التي لم يألفها ، ويخاف من تكرار الخبرات المؤلمة التي مر بها – كالعلاج الطبي أو عملية جراحية – كما أنه يخاف مما يخاف منه من حوله من الكبار في البيئة التي يعيش فيها لأنه يقلدهم ، فهو يتأثر بمخاوف الغير حتى لو لم تكن واقعية ، وكانت وهمية أو خرافية .

الانتباه ، وهذه الطريقة تعزز بشكل مباشر وجود المخاوف لدى الطفل . وهكذا يؤدي الخوف إلى حالة من الارتياح والرضى على نحو يزيد من حالة الشعور بالخوف ، والمشكلة أن الخوف يصبح مريحاً ومؤلماً في آن واحد ، ويزداد الأمر تعقيداً عندما يكون الخوف هو الطريقة الوحيدة لدى الأطفال للتأثير على والديهم ، وكلما أظهر الطفل خوفه فإن الوالدين يسعيان لتهدئة الطفل ، رغم ذلك فهم يفشلون في الوصول إلى هذا الهدف ، ومن الأمثلة على هذا النمط من السلوك الخوف المرضي من الذهاب إلى الروضة ، إذ يُظهر الطفل خوفاً شديداً من الذهاب إليها وتكون النتيجة أن يسمح له الوالدان بالبقاء في البيت ، وبذلك يحصل الطفل على ما يريد من تجنب الروضة والبقاء في البيت ، ويقوى هذا الخوف إذا كان الوالدان مترددين حول إرسال الطفل للروضة وعملا دون قصد على جعل إقامته في البيت متعة أو خبرة سارة بالنسبة له ، كأن يعطي اهتماماً زائداً لم يكن ليحصل عليه من قبل ، ونتيجة لذلك يصبح الخوف وسيلة يستخدمها الطفل للتأثير على الآخرين ، وقد يفقد السبب الرئيسي للخوف فاعليته إلا أن الخوف نفسه يبقى ويصبح عادة .

ج - الحساسية في الاستجابة ذات المنشأ الولادي : يوصف بعض الأطفال بأنهم كانوا دائماً حساسين للغاية وخوّافين منذ الولادة أو خلال السنة الأولى أو الثانية من العمر ، وهؤلاء الأطفال يُظهرون استجابات جدّ قوية للأصوات أو للحركة المفاجئة أو للتغيرات في البيئة ...الخ . والاستنتاج الواضح هو أن الأجهزة العصبية المركزية لهؤلاء الأطفال هي منذ الولادة أكثر حساسية من غيرها ، ولذلك فهم يستجيبون لمثيرات أضعف ويحتاجون إلى وقت أطول لاستعادة توازنهم ، وينتج ذلك عن مزيج من العوامل الوراثية وظروف الحمل والولادة - لذلك فإن هؤلاء الأطفال يستجيبون بهذه الطريقة بحكم تكوينهم ، فالطفل الذي يبكي بعنف لصوت مفاجئ متوسط الشدة قد يكون أكثر تهيؤاً لتطوير مخاوف شديدة ، والتي يمكن تعميمها بسرعة وسهولة على مواقف أخرى ، ثم يعمم هذه المخاوف على مواقف أخرى وهكذا .

وعندما يصل هؤلاء الأطفال إلى عمر ٤ أو ٥ سنوات تكون المخيلة قد نمت جيداً فيظهر لديهم ميل قوي لتخيل جميع أشكال الحوادث المزعجة ، وعندما تزداد شدة المخاوف وتطول فترتها بشكل ملحوظ فإنها تصبح مخاوف مرضية يمكن أن تؤثر على حياة الطفل ، وفي الغالب تؤثر على حياته اليومية ، فمثلاً قد يخاف الطفل الزائد الحساسية من الاستغراق في النوم متخيلاً أنه قد لا يستيقظ من نومه أو أنه سوف يحلم أحلاماً مرعبة .

د - الضعف النفسي أو الجسمي : يكون الأطفال أكثر استعداداً لتطوير المخاوف عندما يكونون متعبين أو مرضى ، وخصوصاً إذا استمرت حالة الضعف الجسمي لفترة

الحقيقية (الضوضاء أو الأشياء أو الأشخاص أو الحركات المفاجئة غير الموقعة والغريب من الأشياء والمواقف والأشخاص) كانت تتناقص بتقدّم العمر ، على حين أن المخاوف من أخطار متوهمة أو خارقة للطبيعة (كالوقائع المرتبطة بالظلام والأحلام واللصوص والمخلوقات الخرافية وأماكن وقوع الحوادث) فكانت تزاد بتقدم العمر ، كما لوحظ أن العلامات المرتبطة بالخوف (مثل البكاء - الهلع - الانسحاب) كانت تتناقص من حيث التكرار أو الشدة كلما تقدّم الطفل بالعمر .

ويصعب التنبؤ بمخاوف الأطفال إلى حدّ كبير بسبب الفروق الفردية الكبيرة من حيث القابلية للخوف ومن حيث مبلغ تعرضهم للخوف ، فالمثير الواحد قد يكون مخيفاً إلى حدٍّ كبير بالنسبة لطفل ما ، بينما لا يُحدث شيئاً من الاضطراب لطفل آخر ، كما أن الطفل نفسه يمكن أن يضطرب كثيراً بمنبه خاص في موقف معين ، ثم لا يعيره انتباهاً في موقف آخر .

فمثلاً ، الطفل الذي يعيش في الريف لا يخشى الحيوانات الأليفة كالكلب أو البقرة أو النعجة ، لكن الطفل الذي يتربى في المدن يخافها ، وهذه إشارة إلى تأثير البيئة ومخاوف الأطفال تتكون أثناء الطفولة الباكرة ونتيجة لتعاملهم مع البيئة وتأثرهم بالنمط بالحضاري لهذه البيئة وما فيها من مفاهيم وعادات وأساطير ومواقف .

أسباب خوف الأطفال :

إن للخوف عند الأطفال مصادر كثيرة من أهمها :

أ - **الخبرات غير السارّة :** إن الخبرات غير السارة التي يمرّ بها الأطفال تترك آثاراً سلبية لا تزول بسهولة ، إذ يخاف الطفل من تكرار الخبرات المؤلمة التي مرّ بها كالعلاج الطبي أو عملية جراحية أو أن يكون قد تعرّض للعض مثلاً أو التهديد من قبل حيوان ما يمكن أن يسبب له خوفاً محدداً من ذاك الحيوان أو خوفاً من جميع الحيوانات أو توجهاً عاماً للخوف من أي موقف ، ويمكن أن يتسع مدى الخوف بالنسبة لموضوع الخوف الأصلي بالتعميم حيث يمتد ليشمل لدى الأطفال مجالات متعددة . فالخبرة التي يمر بها طفل صغير مع كلب ما يمكن أتؤدي إلى خوف من جميع الطلاب وجميع الحيوانات وجميع الأشياء ذات الفراء - كذلك من الخبرات غير السارة التي مكن أن يكون قد تعرّض لها - السقوط - الاصطدامات - الرعد - الحرق بشيء ما - المياه مثلاً : يمكن أن يصبح الاستحمام مخيفاً للطفل بسبب الانزلاق في الماء أو لسع الصابون عندما يدخل عينيه .

ب - **التأثير على الآخرين :** إن الطفل يمكن أن يستخدم المخاوف كوسيلة للتأثير على الآخرين واستغلالهم ، فأحياناً قد يكون إظهار الطفل الخوف هو إحدى الطرق القوية لجذب

والأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون بأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوف الطفل العادية ، وحتى المناقشات اليومية حول المشكلات المالية أو الاجتماعية يمكن أن تخيف الأطفال وخاصة الحساسين الذين يشعرون بأنهم متقلون بمشكلات الأسرة التي لا يستطيعون فهمها ويسيئون تفسيرها باعتبارها مشكلات لا أمل في حلّها . وتتضخم هذه المشاعر إذا أدرك الأطفال وجود ضعف في قدرة الآباء على مواجهة المشكلات .

- **تقليد الخوف** : يخاف الطفل عن طريق المشاركة الوجدانية لأفراد أسرته ومن يخالطهم في البيئة ، كما يتعلم الخوف بتقليده لسلوكهم من خلال ملاحظته الخوف لدى الكبار أو الأخوة أو الرفاق . ومن المعتاد أن نرى لدى الأطفال شديدي الخوف واحداً من الوالدين على الأقل لديه مخاوف شديدة ، فمثلاً الأم التي تخاف من الكلاب أو المرتفعات قد يعاني طفلها من خوف مشابه . وبما أن الخوف يتم تعميمه فإنه من المحتمل أن يطوّر الطفل خوفاً من أي شيء ، وهناك بعض الأطفال أكثر عرضة من غيرهم للخوف بسبب وضعهم المزاجي العام . لذا فمن المتوقع أن يعاني أحد أطفال الأبوين الخوافين من حالة خوف شديد بينما لا يعاني أشقاؤه من أية مخاوف . والمخاوف التي تكتسب عن هذا الطريق تمتاز بطول بقائها وتقاوم العلاج والانطفاء بشكل خاص .

- **أنواع المخاوف** :

للخوف نوعان متمايزان هما : الخوف الموضوعي والخوف الذاتي .

أ - **المخاوف الموضوعية** : هي الأكثر شيوعاً بين المخاوف ، وهي ناجمة عن سبب يمكن التعريف عليه وكثير من الآباء يتعرفون عليه . ولما كان تحديد مصدر هذه المخاوف ليس عسيراً كان التغلب عليها بسرعة أمراً ممكناً - كالخوف من الحيوانات والأطباء والبرق والأماكن العالية والنار والجنود والماء في حوض السباحة أو البحر أو الخوف من النار ومن المدرسة - وهذا النوع من الخوف يحصل نتيجة لتجارب أو خبرات غير سارة حصلت للطفل سابقاً أو إثر سماع الطفل قصة معينة أثارت في ذلك الوقت رداً انفعالياً سيئاً . ويعتبر هذا النوع من الخوف مفيد أحياناً ، فهو يدعو إلى الحيطة والحذر من بعض مصادر الخطر أو المواقف التي يلاقيها الطفل في حياته ، فمثلاً خوف الطفل من النار يجنبه مخاطرها ، وخوفه من السيارات أيضاً يمكن أن يجنبه حوادث السير ، وهكذا .

طويلة ، فهي ستؤدي إلى شعورٍ بالعجز وضعف المقاومة بحيث تصبح الدفاعات السيكولوجية للطفل أقل فاعلية ، وعندما يكون اعتبار الذات لديه منخفضاً يكون أكثر عرضة لتطوير المخاوف ، إذ يشعر بالحزن والعزلة والعجز وضعف القدرة على التعامل مع المشاعر والأفكار المثيرة للخوف ، والآباء المتساهلون يسهمون أكثر من اللازم في تطوير قبل هذا النمط من السلوك لأنهم لا يساعدون الطفل على تطوير الشعور بالجدارة الناتج عن مراعاة الحدود التي يفرضها الآباء للسلوك أو تلبية المتطلبات - إن الأطفال الضعفاء جسمياً يشعرون بعدم القدرة على التعامل مع الأخطار الواقعية أو المتخيلة .

هـ - الاستجابة للجو العائلي :

- **النقد والتوبيخ :** إن النقد الزائد للأطفال قد يؤدي إلى تطوير شعور بالخوف لديهم ، حيث يشعرون بأنهم غير قادرين على فعل شيء صحيح ، ويبدو هؤلاء الأطفال كأنهم يتوقعون النقد دائماً ، وهذا يؤدي بدوره إلى أن الطفل يفقد الثقة بنفسه ويظهر عليه الجبن والخنوع . كما أن التهديد المتكرر بالتقييم السلبي يؤدي إلى نتيجة مشابهة ، فمثلاً عندما يُوبخ الطفل لأنه وسّخ ملابسه فإن النتيجة ستكون ظهور الخوف من الاتساخ لديه ، وقد يتعمم هذا الخوف ليصبح خوفاً من الفوضى ، ويعتمد شكل الخوف على الجانب الذي يوجه النقد إليه ، فالأطفال الذين يُنتقدون بسبب فاعليتهم أو نشاطهم قد يصبحون أطفالاً خجولين خوافين .
- **الضبط والمتطلبات الزائدة :** إن الأطفال الذين يعيشون في جو بيت يتسم بالضبط الزائد يمكن أن يصبحوا أطفالاً خوافين بشكل عام أو أطفالاً يخافون من السلطة بشكل خاص ، فقد يخافون من المعلمين أو رجال الشرطة أو ممن يمثلون السلطة .

أحياناً يستخدم التخويف من قبل الأهل لحفظ النظام أو لدفع الطفل لعمل معين أو منعه من عمل معين كاللعب أو الضوضاء ، وهذا التهديد هو مصدر كامن للمخاوف التي تعيق نمو الطفل . وهناك آباء ذوو متطلبات زائدة لا يحتملون المخاوف المؤقتة التي تظهر لدى أطفالهم ولا يتقبلونها ونتيجة لتوقعهم أن يكون الطفل كما يريدون فهم يوجهون النقد للطفل لأنه يتصرف بشكل طبيعي ، وتوقعات الآباء المبالغ فيها هي سبب قوي لخوف الأطفال من الفشل .

- **الصراعات الأسرية :** إن الجو المتوتر في البيت الذي تحدث الصراعات المستمرة بين الوالدين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء يؤدي إلى شعور بعدم الأمن .

أما إذا تُرك الطفل من قبل أمه بسبب ظروف عملها خارج المنزل فلا خوف من ذلك بشرط أن تمنحه المحبة الكافية وتُشعره فعلاً بأنها تحبه ، وألا تعامله كأمر واقع مفروض عليها وأن كل ما يطلب من الأم هو تأمين مأكله ونظافته وملبسه ووسائل التسلية والراحة . وقد يكون أهم من ذلك كله هو منح المحبة ، فإذا مُنحت هذه المحبة بطريقة موضوعية ومعتدلة دون إفراط ثم استُكملت بأن تترك الأم الطفل مع أناس موثوقين ومحبوبين من قبله فإن ذلك لن يتسبب في مخاوفه طالما أنه متأكد من أن أمه ستعود إليه في وقت محدد .

كما أن بعض الأهل وعلى غير علم يزرعون الخوف من البقاء في البيت وحيداً في نفوس أطفالهم وكأنها قصاص لهم كأن يقول أحد الوالدين للطفل : (إن لم تكفَ عن عمل ذلك سوف أتركك وحدك في البيت) ، وفي هذه الحالة تصبح مسألة الترك وحيداً في البيت بالنسبة للطفل بمثابة التهديد المرعب الذي ينطوي على القصاص ، والقصاص غير محبب لأن المقصود فيه الإيذاء والإيلام ، ولذلك ينصاع الطفل للأوامر بمجرد تهديده بهذا الأمر المرعب وهو البقاء وحده في البيت .

ب - **الخوف من الحيوانات** : هذا النوع من الخوف مشترك عند معظم الأطفال . وتتضاءل حدته مع نمو عقل الطفل ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات ، وخاصة الأليفة منها وتوطيد العلاقة بها . لكن قسماً كبيراً منهم ترافقهم هذه المخاوف حتى مرحلة النضج والرشد ، فيبقى خوفهم من الحيوانات الصغيرة والكبيرة المتوحشة منها والأليفة ، وينشأ لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة خوف من الحيوانات وخاصة القطط والكلاب ، وليس ثمة سبب للسخرية من طفل مرتعب أو إكراهه على الاقتراب من كلب حراسة مزمجر ومكشّر عن أنيابه . ويثبت من التجارب أن تعويد الطفل على ملاطفة الكلاب وإطعامها بصورة تدريجية (حيث نقدم جراءً للطفل كي يلعب معها ومساعدته بالتدريج وبمعدله الخاص على التعرض لكلاب أكبر فأكبر بالتدريج حتى يكتسب مزيداً من الشجاعة) . فالتعاطي مع هذه الحيوانات كمخلوقات ضعيفة وهو القوي الذي يقدم لها العون والحب والرحمة لكونها ضعيفة يؤدي إلى الألفة المطلوبة بين الطفل والحيوانات ، ومن ثم يزال الخوف من نفسه وتُستبدل المشاعر بنقيضها .

وغريب خوف الصغار من الحيوانات الأليفة من كلب وقطة وقد راقب مرة أحد علماء النفس لدى الأطفال صغيراً يجفل ويرتعد من الحمامة ، وفي موقف آخر كان الطفل نفسه قد ابتسم عندما رأى لأولى مرة كلب ينبح بشدة فقال : (آه إنه يسعل) .

ولكن إذا زاد عن حدّه فإنه يمكن أن يصبح خوفاً مرضياً ويشكل مشكلة عويصة للآباء والأطفال .

ب - **الخوف الذاتي** : ويكون عاماً وغير محدد وليس واقعياً . وكثير من الأحيان لا يمكن تحديد أسباب هذا النوع من الخوف إلا بعد وقت طويل ودراسة دقيقة . ولعل أهم هذه المخاوف هو الخوف من الموت ، والخوف من الظلام ، وكلاهما يعاني منه كثير من الأطفال . والخوف أيضاً من الغيبيات المجهولة كجهنم والغول والعفاريت والجن وغيرها . فمثلاً تكون الأفكار الغامضة غير المحددة عن الموت أساساً لقدر كبير من القلق العقلي عند الأطفال يفوق ما نسلم به عادة . ومن الأمثلة على ذلك طفل في الرابعة من العمر كان يعتريه الهم ويقاسي الأسى والجزع لأنه كان يخشى أن يُدفن في بطن الأرض حياً ، وكان مصدر هذا الخوف قصة سمعها عن لصوص للمقابر شرعوا ببتر أصابع سيدة دُفنت حديثاً كي يحصلوا على جوهرها ، فإذا بها تعود إلى الحياة وكان الناس قد ظنّوا أن أجلها قد انتهى .

كما أن العادات والتقاليد في المجتمعات العربية تبالغ في طقوس الحزن عند وفاة شخص عزيز ، فكثرة البكاء وإظهار الآلام والعزاء لعدة أيام كلها تجعل الطفل يقظاً يقظة شديدة للموت ، وهذا قد يجعله يتوقع حدوث الموت له ، وخصوصاً إذا كان قلقاً ، كما يؤدي إلى أن يحلم أحلاماً مزعجة عن الموت وهكذا .

- **أبرز أنواع المخاوف عن الأطفال في سن ما قبل المدرسة :**

من أهم المظاهر الانفعالية لهذه الفترة هي ما قد يعانيه الأطفال من مخاوف . ذلك أنها يمكن أن تكون أكبر عائق في سبيل نموهم الصحي السليم . ومن أبرز هذه المخاوف نجد :

أ - **الخوف من البقاء منفرداً في البيت** : حيث يخاف الطفل أن يتركه أهله وحده في البيت . ولو تعمقنا في البحث عن سبب هذا الخوف فإننا نرى أن معظم الكائنات الحية تستمد الإحساس بالأمان من مصدرين اثنين هما القوة الشخصية وولاء وقوة المحيطين أو الحلفاء . وهذه حال الطفل الصغير الذي لا حول له ولا قوة ، وهو يستمد قوته من حلفائه الذين هم الأهل طبعاً في هذا المجال ، وترك الطفل وحيداً ولو لوقت قصير يجعله محروماً من هاتين القوتين ، فهو حتى إذا أراد الحصول على طعامه فسيجد نفسه غير قادر على ذلك . ويعتبر أحد علماء النفس الأمريكيين أن "العزلة هي المصدر الأكبر للرعب في الطفولة المبكرة" .

ليس أمراً نادراً ، فكثيراً ما يحدث هذا الأمر ، والسبب يعود في ذلك إلى أن الطفل لم يتعود الانفصال عن أمه وخصوصاً الأم التي تهتم بالطفل كثيراً والتي تكون متعلقة به . فالطفل يخاف من الانفصال عن أمه ومنزله في حقيقة الأمر ، وليس السبب هو الخوف من المدرسة بحدّ ذاتها .

إن الأطفال الذين يكشف سلوكهم عن خوفهم في أول يوم لهم في الروضة ليسوا بالضرورة سيئي التكيف ، فبعض الأطفال الذين لا يبكون ولا يتشبثون بأمهم أكثر من هؤلاء الذين يفعلون هذا . إن أول تعبير عن الخوف لا يشير بالضرورة إلى صعوبات في المستقبل ، وتكرار التعبير عن الخوف لا يثبت بالضرورة أن الطفل خائف بصفة خاصة . فعادة ما يتلاشى التعبير الصريح عن الخوف مع نمو الطفل .

لذلك يجب على الأهل ألا يصروا على الطفل أن يعود إلى الروضة وإلا فإن المشكلة ستتفاقم وتصبح صعبة وستحتاج إلى جهود كبيرة للقضاء عليها . فمن الممكن أن تكون الأم هي السبب في خوف الطفل من الذهاب إلى الروضة لسبب غير مباشر لانزعاجها من انفصالها عن طفلها ، وعندها لا تكون العلّة في الطفل وإنما في الأم . كذلك من الأسباب التي وراء خوف الطفل الضعف العقلي أو الضعف في الحواس كعدم القدرة على سماع الدرس إذا كان الطفل يعاني من مشكلة سمعية ، أو عدم القدرة على رؤية السبورة لضعف البصر ، وقد يكون السبب في الاعتماد الزائد على الأهل أو توتر الطفل نتيجة المواقف الأسرية الخاطئة كالحماية الزائدة أو النبذ أو طلب الأهل من الطفل أكثر من طاقته في الدراسة ، كذلك التهديد من قبل المعلمة بوضع الطفل الكسول في غرفة الفئران وغير ذلك . كل ذلك يؤدي إلى رفض المدرسة والخوف منها .

هـ - **مخاوف أخرى** : ومن أنواع الخوف الأخرى الخوف من الموت ، ويحدث للأطفال نتيجة موت عزيز على قلوب العائلة أو موت طفل يعرفه ، ويمكن أن يمتد هذا الخوف لكل ما له علاقة بالموت كالمقابر ولواحقها وكون ظاهرة الموت غامضة وغيبية على الطفل فإنها تبعث الخوف في نفسه . كذلك هناك مخاوف مؤقتة تختفي مع تقدم الطفل في النمو كالخوف من الظواهر الطبيعية والضوضاء والعواصف والخوف من الأخطار المتوهمة مثل الأرواح والغيلان . وهناك نوع من الخوف عند الأطفال العاطفيين من ذوي السلوك الهادئ والإحساس المرهف هو الخوف على صحة الآباء ، فالآباء الذين يبدون أمام أطفالهم قلقين وضعفاء وعاجزين يسهمون بدرجة كبيرة في مخاوف أطفالهم . كذلك هناك الخوف من الحديث أمام الناس وخصوصاً المعلمين . ويشتكي الأهل من هذه الظاهرة ،

ج - **الخوف من الظلام** : إن خوف الطفل من الظلام بدرجة معقولة خوف طبيعي لأنه يج
يعيش في المجهول فلا يمكنه التعرف على ما حوله فيخاف الاصطدام بشيء أو الإصابة من شيء ما يعترضه . أما الخوف المبالغ فيه من الظلام لارتباطه بذكري مخيفة كالغولة والعفاريت والجن واللصوص فإنه خوف مرضي لا يستند إلى أسا واقعي ، ومن الصعب ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه . وهذا النوع من الخو يجعل الطفل قلقاً ومضطرباً . وإن ما يثير الخوف هو الأمور التي ينسجها خيال الد ويدفعه إلى الظن باحتمال وقوعها في الظلام . والطفل الخيالي قد يُخرج من عقله أنواع المواقف المُفزعة فتبدو له حقيقة لا شك فيها مع أنها من نسيج خياله فيفزع . وك من القصص التي يسمعها الطفل في الأماكن الساكنة التي يحيط بها الغموض والظ سيؤدي إلى ربط الظلمة بالغرائب والمعجزات . لا سيما إذا كان الطفل ينام وحده غرفة مظلمة فينشطّ خياله وتقوده الوحدة والظلمة إلى تلك الأقاصيص التي كان مسرو لسماعها في النهار ، ونتيجة لخياله الواسع فقد يرى الأشكال أشباحاً فيخاف منها . كما خوف الأهل من الظلام ينقل العدوى إليه عن طريق الإيحاء . كذلك عملية التخريف ا يمارسها الأهل والأخوة الكبار بطريقة المداعبة وخصوصاً أثناء الظلام .

كما أن كثيراً من الأهل يقومون بتعليم أطفالهم الخوف من الظلام ، فعندما ينام الطفل غرفة وحده يطفئ الضوء وعندما يشعر بألم أو بحاجة ما سيصرخ طالباً أمه وستهرع لنج وتضيء النور لمرد وصولها إلى غرفته وتقوم بمواساته بمحنته فيحدث الإشراط بين وجود ا ورعايتها وبين الإضاءة ويُعلّم الطفل الخوف من الظلام . ومن الأفضل في هذه الحالة ولتج الإشراط أن تدخل الأم إلى الغرفة دون إضاءة النور وتعيد الاطمئنان إلى الطفل ، حتى إذا تأكد من زوال المشكلة يمكنها إضاءة النور . وقد يتعلم الطفل الخوف من الظلام بسبب رؤيته لأف الرعب الليلية في التلفزيون ، لذلك يجب تجنيبه هذه المواقف . لذلك يجدر بالآباء مناقشة الأط حول الظلام وإقناعهم دون إصرار أو إرغام بأن الظلام لا يدعو إلى الخوف ، وعندئذ يج تدريبهم على النوم في الظلام ، ويتم هذا تدريجياً . كما يجب طمأنة الطفل أنه لن يصيبه مكر لو استيقظ ليلاً وذهب إلى دورة المياه وإرشاده كيف يمكنه إضاءة الجرة أو دورة المياه إطفاؤها ثانية ، ويمكن أن يزود الطفل ببطارية توضع قرب سريره للغرض نفسه ، وه بالتدريج يمكنه التخلص من هذا الخوف .

د - **الخوف من المدرسة (الروضة)** : عندما يبلغ الطفل الرابعة من عمره يكون على قدرٍ ك من النضج ويجب تسجيله في رياض الأطفال . وإن رفض الطفل الذهاب إلى الرو

داخلي . ويناسب الخوف مصدره ، وهذا لا يتوفر في القلق ، ويهدد القلق الشخصية بدرجة كبيرة ويجعل الفرد يشعر بالعجز تجاه الخطر .

الخوف والذكاء :

إن انعدام الخوف في طفل ما قد يكون نادراً للغاية ، وتعليل خوف الطفل يرجع عادة إلى قلة الإدراك كما هو الحال في ضعاف العقول الذين لا يدركون مواقف الخطر والضرر ، فقد يضع يده في مكان يصيبه بضرر لعدم تقديره لخطورة الموقف .

وقد ثبت أن هناك ارتباطاً بين المخاوف الواقعية والذكاء ، فالأطفال الأكثر ذكاءً أقدر من غيرهم على تقدير العواقب السيئة بطريقة أفضل من الأطفال متوسطي الذكاء . فكلما زاد الذكاء لدى الطفل كلما أصبح أسرع وعياً بالأخطار الحقيقية وأكثر قدرة على التمييز بينها وبين الأخطار الوهمية المتخيلة ، فمثلاً الطفل الذكي لا يمكن أن يعتقد بضرر العفاريت لأنه يملك القدرة على التفكير المنطقي .

إن الوعي بالخطر يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقدرات الإدراكية ، فالأطفال الأذكياء يعون الأخطار في وقت باكر ويتغلبون عليها في وقت باكر أيضاً . وتنشأ لدى هؤلاء الأطفال مخاوف في سن الثانية أو الثالثة تفوق مخاوف الأطفال متوسطي الذكاء ، ولكن هذه العلاقة تنعكس مع مرور الوقت فيصبح الأطفال ذوو الذكاء العالي في سن السادسة لديهم مخاوف أقل من مخاوف متوسطي الذكاء . كما أن الأطفال الأذكياء يقل وقوعهم في المخاوف المتخيلة ، فهم أكثر ميلاً إلى اختبار الواقع ويكتسبون الخبرات بصورة سريعة وهم أكثر انفتاحاً للاقتناع من الأطفال الأقل ذكاءً .

تأثير الخوف على الطفل :

إن الخوف هو انفعال يكثر تعرض الطفل له ويلعب دوراً يبلغ من الأهمية في تكوين شخصية الطفل حداً يتطلب أكبر قسط من العناية به وتدبير أمره . فكثير من المخاوف التي لا بد أن يلقاها الطفل هي من النوع الهدّام المعجز ولا تجديه نفعاً ، بل تشتت نشاطه الذي يجب أن يهدف وأن يستخدم في تحقيق رفاهية الطفل .

ويتفق علماء النفس على أن زيادة المخاوف لدى الطفل تعوق حريته وتلقائيته ، كما تؤدي إلى نقص قدرته على مواجهة توترات الحياة .

والطفل الذي يخاف ليس من السهل عليه تكوين الأصدقاء ، ويفضل أن يبقى مع نفسه ويرى أن العالم الخارجي من حوله ليس مصدر أمان وطمأنينة له ولذلك فإنه يتجنبه لأنه بذلك إنما يقي نفسه الدخول في مشاكل جديدة تجعله يشعر بالتعاسة . والطفل الذي يخاف لا يستطيع

فالأطفال يتمتعون بطلاقة الحديث في المنزل بينما في الحضانة لا يجيبون عن أ المعلمة ويرتعدون خوفاً منها ويتلعثمون أمامها ، وفي هذه الحالة يمكن التغلب الخوف بتعويد الطفل على القراءة منفرداً وبصوت عالٍ ، والوقوف أمام المرآة الطبيعة أو أمام الأهل والقيام بإلقاء قصيدة أو كلمة قصيرة بطريقة خطابية . و يتخلص الطفل من خوفه هذا .

الخوف والقلق :

إن كلمتي الخوف والقلق غالباً ما يتم استخدامهما بصورة تبادلية . فردود الأفعال الب إزاء الخوف والقلق تتشابه إلى حدّ بعيد ويتأثر الجهاز العصبي اللاإرادي بهما ويؤثر على الج المعدي المعوي ويزيد من إفراز الأدرينالين ويزيد من معدل نبض القلب وهكذا . ومن الأ بمكان أن نفرّق بين هذين الانفعالين عند الأطفال ، فالخوف يعتبر ردّ فعل انفعالي إزاء ت معين ، فالطفل الذي يخاف من شخص أو حيوان أو شيء أو موقف ما يدرك مصدر الخوف أنه أقوى منه ومن ثم القدرة على إيذائه ، فهو ضعيف قياساً إلى القوة التي تهدده . وما يخفف الخوف وجود شخص قوي ودود مثل الأم أو الأب أو الأخوة الأكبر سناً . ويمكن أن يت الطفل على الخوف إذا ألف مصدر التهديد (كالحجرة المظلمة أو الكلب أو غيرها ...) . أما ا فينشأ من إحساس عام بالضعف ، ومن هنا تكون عدم القدرة على مجابهة الأخطار ، فالد المرتعب يشعر أنه لا يستطيع التصدي لخطر بعينه أما الطفل القلق فإنه يقلل دائماً من شأن قد على مواجهة الحياة بصفة عامة أو مواجهة معظم المواقف . ولا يساعد وجود أشخاص د على القضاء على إحساسه بعد الارتياح ، فالقلق يأتي من الداخل ومن اللاشعور وليس الخارج . فالطفل الذي يعاني من القلق ليس لديه مشكلة خارجة وإنما هو نفسه المشكلة وشخص ككل ، فهو لا يخاف شيئاً معيناً وإنما يخامره إحساس عام بعدم الأمان ، وهذا الإحساس قد ي على سلوكه الكلي تأثيراً ضاراً مما يتسبب في عرقلة تعلمه ومواجهة الصعوبات الاجتما وكثير من المشكلات المختلفة التي تنضوي تحتها بعض المخاوف النوعية .

وقد أوضحت هوري أوجه الشبه بين الخوف والقلق ، إذ رأت أنهما يعتبران استج لموقف خطر ويحدثان حالة من التوتر وعدم الاستقرار يصاحبها تغيرات جسمية . وقد يدّ الخوف بداية لوجود القلق ، كما أن القلق والخوف يدعوان الفرد للدفاع عن الذات .

أما أوجه الاختلاف بينهما فتنحصر في أن سبب الخوف يكون معروفاً دائماً ، وهذا يتوفر في حالات القلق كلها ، كما أن مصدر الخوف خارجي دائماً بعكس القلق إذ يكون مص

البيولوجية . ويجب على الآباء تهيئة أفضل الفرص الممكنة من أجل النمو وأن يساعدوا الطفل على تخطي المخاوف ، وتعتبر المخاوف صورية طالما أنها تظهر في مراحل معينة من النمو النفسي وطالما يتخطاها الطفل تدريجياً ، ولكن هذه المخاوف تعتبر غير سوية وضارة عندما تتعمق جذورها وتمنع الطفل من بلوغ مرحلة أعلى من النمو النفسي .

الوقاية من الخوف :

إن مخاوف الأطفال تتكون أغلبها باستثارة البيئة لانفعالات الخوف وتكرارها ، وفيما يلي بعض القواعد التي يجب مراعاتها لوقاية الأطفال من الخوف :

أ - **تهيئة الطفل للتعامل مع التوتر** : ينبغي أن تكون مرحلة الطفولة فترة تهيئة مستمرة للتعامل مع المشكلات المختلفة وخاصة التوتر ، وأن تتضمن الكثير من التطمين والتوضيح والتحذير المسبق من المشكلات المختلفة والمحتملة ، ويجب أن تنمي في الطفل الخبرة والممارسة والتجريب في القيام بالخبرات السارة غير المخيفة حتى يعتاد أن يتعامل مع مواقف الحياة ليشعر بالأمن والطمأنينة .

ويستخدم الأطفال اللعب للتدريب على التعامل مع المشاعر والحوادث ، فاللعب هو الطريقة لتعلم كيفية التعامل مع الخوف . والتعبير عن المخاوف يؤدي غالباً للتحرر منها فألعاب الماء مثلاً تؤدي إلى ألفة الطفل للماء ، والألعاب الإيهامية تساعد الأطفال من جميع الأعمار على تجريب طرق بناءة ومرضية للتعامل مع المشاعر الجديدة وما يرافقها من توتر . وتكون هذه الألعاب فعالة جداً عندما تكون الصدمات متوقعة ويكون الأطفال مهيئين لها بشكل مناسب . كما أنه يمكن أن تجرى مناقشات حول الخبرات الصادقة ، ويمكن لصغار الأطفال أن يقوموا بتمثيلها في لعبهم ، ويمكن أيضاً استخدام كتب الأطفال التي تصف تعامل الأطفال الإيجابي مع حوادث مثل العمليات الجراحية أو موت أحد الأقارب أو طلاق الأبوين ...الخ . فالقاعدة العامة هي تنمية أساليب جريئة وفعالة لدى الطفل في تعامله مع البيئة ، كما ينبغي تجنب الحماية الزائدة وتشجيع التعامل الفعال مع موضوع الخوف ، وليس من المفيد تجاهل حالة الخوف أو إبعاد موضوع الخوف أو إجبار الأطفال على دخول الموقف المخيف بل يجب أن يُعلّم الأطفال إتقان العمل واتخاذ الحيطة والحذر وليس الخوف .

ب - **التعاطف ودعم الأطفال** : إن إدراك الأطفال أن آباءهم متفهمون ومساعدون يجعلهم يشعرون بأنهم أكثر قدرة على التعامل مع المواقف المخيفة . ويساعد الحب والاحترام في نمو الشعور بالأمن لدى الطفل بعكس التهديد أو النقد المستمر ، ويسهم التعاطف في فهم

الاعتماد على نفسه ويصبح مشلولاً غير قادر على التصرف بمفرده في مواقف الحياة المختلفة المنزل أو في المدرسة بين أقرانه فيفقد الثقة بنفسه لأنه يشعر أنه غير قادر على أداء أي بنفسه دون خوف .

كما يجب أن يستعمل الآباء انفعال الخوف البنّاء في تنمية شخصية الطفل وتعويده الن والواجب دون مبالغة ودون تخويف ، وهذا سيساعده على المحافظة على نفسه وعلى التكيف المجتمع وعلى النجاح في حياته المدرسية ومع أقرانه في البيئة .

المخاوف المتلاشية والمتزايدة :

هناك مخاوف معينة نمطية بالنسبة لمراحل الطفولة ، وتمثل عملية النمو خطاً بيانياً يك عن صعود وهبوط . فبعض المخاوف تختفي بصورة وقتية ثم تعاود الظهور فجأة في و لاحق ، ومع تحسن القدرات الإدراكية للطفل فإنه يخشى أشياء لم يكن يخاف منها من قبل ، و لأنه لم يكن على وعي بما تنطوي عليه من تهديد وشيك له ، وفي الوقت نفسه فإنه قد يقع فر للخوف من أشياء قد أصبحت مألوفة لديه . ومع تطور قدراته التخيلية فإن الكائنات والموا التي لا توجد إلا في الخيال من الممكن أن تثير فيه الخوف .

ويحصل انحسار تدريجي لمخاوف معينة من سن الثانية وحتى السادسة . ويخاف مع الأطفال في سن الثانية من الحجرات المظلمة ، ويبلغ هذا الخوف ذروته في العام الرابع ثم ي بعض الشيء في العام الخامس ويختفي في العام السادس في معظم الحالات ، كما أن الخوف الغرباء يبلغ درجة عالية في العام الثاني والثالث من عمر الطفل ثم يهبط ببطء في العام الر والخامس وفي العام السادس فإن هذا الخوف من الغرباء يكون قد اختفى عند معظم الأطفال لا أصبحوا أكثر انتقائية وبمقدورهم التفرقة بين الشخص اللطيف والشخص غير اللطيف . كما ازدياد علاقات الطفل مع الأطفال الآخرين والراشدين يساعد على خفض هذا الخوف . ك خوف الطفل من أن يترك بمفرده مثلاً يبدو من أشد المخاوف في الرابعة من العمر وعادة يتلاشى هذا الخوف في العام السادس . ويطول بقاء مخاوف أخرى مثل المخاوف من الم والمرض والجراحة واللصوص والخوف من الثعابين الذي يزداد مع تقدم عمر الطفل و ذروته في العام الرابع ويمكن أن يستمر إلى سن الرشد أو أكثر .

فالعملية السوية للنضج والتعلم لا تؤدي إلى اختفاء تام لكل المخاوف وإنما تؤدي بالأح إلى تخطي المخاوف غير الواقعية وتنمية مخاوف واقعية ، فالأطفال ينمون وينضجون تدريج ولكل طفل سرعة أو معدل نضج وقدرة فطرية على التعلم والاستفادة من الخبرة تحدده العو

د - **التعبير عن المشاعر ومشاركة الآخرين بها :** عندما يجد الطفل أن هناك من يشاركهم في مشاعرهم في الجو الذي يعيشون فيه فإنهم يتعلمون أن الهموم والمخاوف هي أمور مقبولة ، ولكن يجب عدم المبالغة في ذلك كأن يشارك الطفل الراشدين في مشاعرهم وأفكارهم وإنما التحدث عن المخاوف الواقعية التي توجد لدى الجميع .

ويمكن القول أنه من الأفضل للطفل كقاعدة عامة أن يعبّر عن مخاوفه وقلقه بصراحة وانفتاح بدلاً من أن يخفيها لأن الأطفال الذين يتعرضون للسخرية والنقد ويضطرون إلى إخفاء مخاوفهم يحرمون أنفسهم من أفضل طريقة لمجابهة هذه المخاوف بنجاح .

والأطفال الذين يرون الراشدين يعبّرون بشجاعة عن مخاوفهم مما يقلل من غموض المخاوف ومن إحساس الأطفال بالذنب حيالها ، كأن يقول الراشد : (إن هذا البرنامج كان مخيفاً فعلا ، كان يبدو حقيقياً إلى درجة أنني شعرت بالخوف من أن تكون سفينة الفضاء في ساحة بيتنا ولا شك أن هذا الشعور سيبقى عندي فترة) ، هذا يساعد الطفل على فهم الخوف وبذلك لا يشعر بأنه منفرد في مشاعره أو أنه خوّاف وجبان ، وأن من الضروري الإصغاء لمشاعر الأطفال باحترام فهم يحتاجون ويستحقون بعض التعاطف مع مخاوفهم مما سينعكس بدوره بشكل إيجابي على النمو النفسي للطفل .

هـ **تقديم نموذج للهدوء والتفاؤل والاستجابة المناسبة :** إن معظم المخاوف مكتسبة ، والأطفال لا يولدون خوافين بل إنهم يتعلمون الخوف من البيئة المحيطة والأفراد الذين يعيشون معهم لا سيما الوالدين . فالأطفال يبدون استعداداً قوياً لاكتساب مخاوف والديهم ، فمثلاً إذا لم يتغلب الوالدان على مشكلة خوفهما من الموت فإن الأطفال أيضاً سوف يتعلمون بسرعة الخوف من الموت ، ومن المفيد أن يستمع الأطفال إلى عبارات مثل (إن الموت كالولادة جزء من عملية الحياة) أو (كل إنسان فان ... وهكذا) ، وكثير من الآباء يناقشون مفاهيم دينية مع أطفالهم لمساعدتهم على فهم الموت وغيره من الحوادث . وينبغي ألا تناقش المخاوف باستمرار مع أن الإقرار بوجود المخاوف واتخاذ موقف شجاع نسبياً حيالها يقدمان مثالين جيدين يحتذي بهما الأطفال .

كما يجب تجنب تكرار التأكيد على الجوانب السلبية في المواقف (ماذا لو) كما يحصل في بعض الأسر حيث يتكرر ذكر الأمور السيئة التي يمكن أن تحدث للناس ويتردد ضمن جو الأسرة مبدأ "وراء كل خير يكمن شرّ مرتقب" . إن مثل هذا الجو سوف يؤدي إلى تنمية اتجاه من الخوف والقلق ، فالتشاؤم ينتقل بالعدوى بينما التوجه الهادئ المتفائل نسبياً يمكّن من التعامل مع الخوف بشكل جيد ودون استجابات مبالغ فيها .

أفكار الطفل ومشاعره ومشاركته فيها ، وعندما يعبر الأطفال عن مشاعر الخو أو الاضطراب فإن على الآباء أن يكونوا متقبلين وأن يمدوا يد العون لأطفالهم . الأطفال يحتاجون غالباً إلى مساعدة في فهم استجابات التوتر وتفسيرها ، وأية فـ أو حادثة تخيف الأطفال يجب أن تناقش معهم في أقرب وقت ممكن ، وينبغي أن تصـ المناقشة ميل الطفل للمبالغة أو لتشويه فهمه لسبب الخوف أو معناه ، كما أن فهم الط ونمو مقدرته على التعامل مع الخوف يجب أن يمتدحا .

إن استجابة الخوف يجب ألا تستخدم لمعاقبة الطفل أو ضبطه ، فما زال كثير من الا يقولون لأطفالهم جملاً مثل (إذا عملت هذا مرة أخرى فإن وحشاً سيختطفك – أو سيطلع لك أبو 'أرَجل مسلوخة ليعاقبك) وجملا كثيرا بدافع التهديد حتى لا يفعل الطفل سوى ما يرغبون . مثل هذه التهديدات تجعلهم يحسون بعدم الأمن والرهبة ، وهذا يصدق بشكل خاص على الأط دون السادسة من عمرهم الذين ما زال تمييزهم بين الحقيقة والخيال ضعيفاً . وينبغي أن التعبير عن الخوف وليس تجاهله أو السخرية منه ، فالأطفال يحتاجون إلى طمأنينة حول مخاو من موضوع كالموت مثلاً ، ويجب الانتباه إلى أن الاهتمام المبالغ به لا يساعد والحماية الز لا تعطي الأطفال فرصة لكي تتكون لديهم الكفاءة ويشعروا بها أكثر فأكثر .

ج – **التعرض المبكر والتدريجي للمواقف المخيفة** : يحتاج الطفل إلى أن يخبر بشكل تدريـ الأفكار أو الحوادث الجديدة المخيفة أو التي يحتمل أن تكون كذلك . فمثلاً عملية التو عن إضاءة الغرفة في الليل أمر إيجابي ، ولكن يجب أن يتم ذلك عن طريق خفـ الضوء بشكل تدريجي ليلة بعد أخرى أو إغلاق الباب على نحو متزايد في كل ليلة حـ يشعر الطفل بالارتياح للنوم في الظلام . كما ينبغي اصطحاب الطفل في زيارات لعياد الأطباء وأطباء الأسنان قبل أن يحتاج إلى فحص أو معالجة كي يشاهد ما يحصل في العيادات ويزود بمعلومات يجدها مثيرة ، وأن يشاهد طفلاً سعيداً يعالج دون خوف . و الأطفال نشطون ولديهم الكثير من الطاقة يمكن أن يُشجعوا ليلعبوا بدمى الحيوانا ويرمونها حولهم . فالمواجهة التدريجية التي تتم عندما يكون الطفل مرتاحاً يؤدي إشراط الطفل بشكل بطيء بحيث يتعامل مع المخاوف البسيطة ثم ينتقل لمواجهة موا أكثر خطورة . فمثلاً إن مشي الطفل في ممر طويل تكون فيه الإضاءة خافتة يعد تدريباً على مواجهة المخاوف ويمكن أن يرافقه أحد الكبار في البداية أو أن يستـ مصباحاً يدوياً ثم يتم تخفيض الدعم شيئاً فشيئاً بصورة تدريجية .

النماذج من الأشخاص العاديين حتى لا يرى الأطفال النموذج وكأنه يتمتع بصفات خاصة تجعله قادراً على أن يكون شجاعاً .

ويقنع بعض الأطفال من خلال الملاحظة أن خوفهم في الواقع لا خطورة فيه ، كالاستخدام الناجح لمراقبة أطفال ينجحون في دخول المستشفى وفي إجراء عمليات جراحية تجرى لهم . إن على الأهل أن يستغلوا كل فرصة تتيح لهم تهيئة الطفل للمواقف التي تنطوي على احتمال أن تكون صادقة ، ويمكن الاستعانة بالأفلام كطريقة لتهيئة الطفل لموقف ما ، وبذلك يساعد الأهل طفلهم في التغلب على موضوع خوفه . ويمكن تقليل حساسية الطفل بسرعة بطريقة بسيطة تسمى الهدف النقيض ، فيمكن مثلاً أن نقلل من حساسية الطفل من الأصوات المرتفعة المفاجئة بأن نجعله يقوم بوخز عدد كبير من البالونات بإبرة ، فتكرار المواجهة يجعل الطفل يتغلب على مخاوفه .

ج - **التخيل الإيجابي** : إن الاستخدام والتدريب المقصود لتخيل مشاهد سارة يسهم في تقليل مخاوف الأطفال الذين يجدون في ذلك أسلوباً ناجحاً ، فهم يتخيلون الأبطال الذين يحبونهم يساعدونهم في التعامل مع الموقف المخيف ، ويمكن تعريف الطفل على كيفية القيام بهذا التخيل ثم يطلب منه أن يقوم باختراع قصة مشابهة مثل (أنت والمرأة العجيبة تجلسان في البيت عندما تطفأ الأنوار فجأة ، إنك تحس بالخوف ولكن أنت والمرأة العجيبة تجدان شموعاً وتذهبان إلى موقع مفاتيح الكهرباء لمعالجة الأمر وتشعر بالعظمة لأنك تمكنت من حل المشكلة ، والمرأة العجيبة تهنئك وتطير مبتعدة بطائرتها الخفية) .

وينبغي التنويع في هذه الطريقة كأن يطلب إلى الأطفال أن يتخيلوا الفعالية المحببة لهم مثل قيادة سيارة سباق مثلاً ، وأثناء تخيل المشهد والاستمتاع به يتخيلون حدوث موقف ينطوي على خوف بسيط ، فمثلاً أثناء قيادة سيارة السباق يرى الطفل كلباً ضخماً على الطريق ويقوم بمطاردة السيارة بينما يبتعد الطفل بسرعة بسيارته ثم يبطئ السرعة حتى يصل الكلب إلى جوار السيارة ثم يقوم الطفل بالتربيت عليه ثم يقود السيارة ويتابع طريقه . وهكذا فإن استخدام طريقة التخيل تساعد الطفل على إدراك نفسه على نحو متزايد كشخص يملك القدرة على تحمل الخوف حتى يصل إلى التحرر النسبي منه أخيراً .

د - **التعزيز** : ينبغي تحديد سبب المخاوف وزمانها ومكانها تحديداً دقيقاً وامتداح الطفل ومكافأته كلما تقدم خطوة في تحمّل المواقف المخيفة . فكثير من الأطفال يُظهرون الشجاعة كي يحصلوا على المكافآت ، فمثلا يمكن أن نضع للطفل خمس نقاط إذا قال مرحباً لشخص غريب ، ويحصل على عشر نقاط إذا أجاب على الهاتف ويحصل على عدد من النقاط إذا

علاج المخاوف :

يختلف نوع العلاج باختلاف أسباب الخوف وأنواعه ، ولكن تبقى هناك بعض الإرشـ العلاجية العامة التي تصلح لمعظم حالات الخوف المتنوعة :

أ - **تقليل الحساسية التدريجي والإشراط المضاد** : إن هذا الهدف هو مساعدة الأطفال الخو وذوي الحساسية الزائدة ليصبحوا أقل حساسية أو لا يستجيبوا للموضوعات التي حساسيتهم . فعندما يتم إقران موضوع الخوف أو الفكرة المثيرة له بأي سار "إشـ مضاد" فإن حساسية الأطفال من الخوف تقل . فمن المفيد جعل الأطفال يلعبون إ ألعابهم المفضلة أو ينهمكون بأي نشاط ممتع أثناء الخوف ، وقد أمكن محو جميع أشـ المخاوف المحددة بهذه الطريقة . وعلى سبيل المثال يمكن أن يقوم الطفل بتمثيل بـ المشاهد في غرفة خافتة الإضاءة كخطوة أولى للتغلب على الخوف من الظلام ، ويحـ تقليل الحساسية بشكل طبيعي عندما يمكن للأطفال مشاهدة حادثة مخيفة عن بعد . حال خوف الطفل من الحيوانات الأليفة يمكن تقريب الأشياء المخيفة من الطفل تدر لنزع الصورة الوهمية ، فإذا كان الطفل يخاف من الكلاب فلا ينبغي إجبار الطفل الاقتراب منها وإنما ينبغي ترك الطفل يراقب كلاباً يتم إطعامها من النافذة ، ثم يراقب في الغرفة نفسها ، ثم يقوم بإطعام الكلب بنفسه ، فالتقدم التدريجي يؤدي إلى تـ الشجاعة شيئاً فشيئاً ، ويجب أن تقرأ قصص عن الكلاب وإتاحة الفرصة للطفل ليلعب الجراء الصغيرة وهذا سيؤدي إلى نقص طبيعي في المخاوف .

كما أن وجود العائلة إلى جانب الطفل يمكن أن يحول الخوف إلى نشاط ممتع ويساعد تقليل الحساسية حيث أن الأطفال يشعرون بالأمن بشكل أكبر عندما يكونون ضمن جماعات .

وهكذا ينبغي تشجيع الأطفال على تقليل الحساسية الذاتي ، ويمكن أن يتعلموا استخدام الطريقة وحدهم لمواجهة أي خوف كأن يقوموا بمشاهدة صور الوحوش والحيوانات المخيفة كتاب ثم يرسمونها أو يصورونها أو يكتبون قصصاً عنها ثم يقومون بمناقشة مخاوفهم أخوتهم ...الخ . فالمواجهة المتكررة لموضوع الخوف تؤدي إلى تقليل الحساسية بينما تجـ المواقف المخيفة يؤدي إلى إطالة حالة الخوف أو زيادة شدته .

ب - **التعلم بالنمذجة (ملاحظة النماذج)** : إن الطفل يتعلم من خلال الملاحظة كيف يتعامل الأفراد غير الخائفين مع المواقف ، وهذه الملاحظة تجعل الطفل يبدأ بشكل تدريـ بالتعامل دون خوف مع مواقف تزداد درجة الخوف فيها شيئاً فشيئاً . ويجب أن تكون

العناد الشارد " ؛ ويعتبر في هذه الحالة جذوراً لنوع من اضطرابات الشخصية عند الكبار ، وهو ما يسمى بـ " الشخصية السلبية العدوانية " .

والعناد – كظاهرة سلوكية – تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر . فالطفل قبل السنتين من عمره لا تظهر مؤشرات العناد في سلوكه ، لأنه يعتمد اعتماداً كلياً على الأم أو غيرها ممن يوفرون له حاجاته . أما بعد السنتين من العمر فيتمتع الطفل بقدر من الاستقلالية نتيجة نمو تصوراته الذهنية ، وتظهر عندها بوادر العناد . وهنا يرتبط العناد بما يجول في رأسه من خيال ورغبات ، وقدرته على التحرك نسبياً عن ذي قبل ، وإمكاناته النامية التي أصبحت تساعده على تغيير بعض مما حوله ؛ فيصبح قادراً على سكب الماء من الإناء ، وبناء أكوام من الرمل ، ووضع يديه في الطين ؛ وقد تعارض أمه في ذلك لأنها ترغب في المحافظة عليه نظيفاً .

وعلى الرغم من أن العناد قد يأخذ مكانه لدى بعض الأطفال قرب الثالثة من أعمارهم ، إلا أنه قد يلازمهم إلى سن المراهقة . واضطراب العناد الشارد يتم التعرف عليه في سن الثامنة ، وإن كانت بدايته هي المرحلة المبكرة للطفولة ؛ وفي العادة لا يتأخر ظهوره بعد المراهقة المبكرة . وعموماً ، فهو ينتشر بنسبة تتراوح بين ١٥ – ٢٢% بين أطفال المدرسة الابتدائية ، وهو أكثر انتشاراً بين الذكور منه بين الإناث في مرحلة ما قبل البلوغ ، وتتعادل نسب الانتشار تقريباً بعد ذلك .

أشكال العناد :

١. **عناد التصميم والإرادة :** ويظهر حينما نرى بعض الأطفال لديهم إصرار على محاولة إصلاح لعبة . فالطفل عندما فشل مرة سابقة في إصلاحها ، يصبح مصراً على محاولته ، وربما استخدم وسائل أخرى للوصول إليها إذا ما أُبعدت عنه . إن العناد هنا نوع من التصميم ، ويجب التشجيع عليه ودعمه وتوجيهه .

٢. **العناد المفتقد للوعي :** فعندما يصرّ الطفل على الذهاب إلى مدينة الألعاب – مثلاً – رغم هطول الأمطار الشديدة وعدم توفر وسيلة نقل ، وبرغم محاولة أبيه إقناعه بذلك ، يكون تصميم الطفل على رغبته نوعاً من العناد الأرعن المفتقد للوعي والإدراك .

٣. **العناد مع النفس :** إن الطفل قد يعاند نفسه كما يعاند الآخرين . فربما إذا سيطر عليه الغيظ من أمه وطلبت منه تناول طعامه يرفض وهو جائع ؛ وحينما تحاول الأم إقناعه بالعدول عن رأيه وموقفه يزداد إصراراً وجوعاً ، وهو يحس داخل نفسه بأنه يعذب نفسه بالتضور جوعا ،

تحدّث مع أشخاص مختلفين فيجمع تدريجياً عدداً من النقاط يستخدمها فيحصل على أل
أو يحصل على امتيازات نتيجة لتقدمه . كذلك الأمر بالنسبة للخوف من المدرسة ، ف
طفل يخاف من الذهاب إلى المدرسة فيشكو من آلام جسيمة وأثبتت النتائج السلبية للفح
الطبي أنها مؤشر واضح على الخوف فيجب أن يُرسل الطفل إلى المدرسة وأن يُ
لمداومته ، وتتم مكافأة التقدم الذي يحرزه الطفل والابتعاد عن تعزيز الخوف بأي ش
من الأشكال (كاللعب ومشاهدة التلفزيون والاهتمام من قبل الآباء) لأن ذلك سيعقّد المش
بدلاً من أن يحلها ، بينما تساعد المكافأة على الشجاعة على حل مشكلة الخوف عند ال
بالتغلب على موضوع الخوف .

هـ طرق أخرى للعلاج : كما يتم أيضاً علاج المخاوف عن طريق تعويد الطفل الاعتماد
نفسه تدريجياً وتخليصه من حماية الأم له ، فالإكثار من العطف الزائد والرعاية الز
تؤدي إلى ضرر الطفل وليس نفعه ، كذلك النبذ والنقد والتهديد والاستخفاف بمخا
الطفل واتهامه بالجبن وغير ذلك من الأساليب القاسية كلها تؤدي إلى كبت الخوف و
المشكلة ، لذلك ينبغي على الأهل احترام الطفل وتشجيعه على التعبير عن مخاوفه .

مشكلة العناد لدى الأطفال :

التعريف بالمشكلة :

العناد (أو العصيان) ظاهرة لا يُنفِّذ فيها الطفل ما يؤمر به ، أو يُصرُّ على تصرف م
يكون خطأ أو غير مرغوب فيه . وهذا السلوك من جانب الطفل يُتخذ كتعبير منه لرفض م
أراده الآخرون ، كالأهل والمعلمين . ويتميز العناد بالإصرار وعدم التراجع ؛ حتى في
الإكراه والقسر ، يبقى الطفل محتفظاً بموقفه داخلياً .

ويعتبر العناد من بين النزعات العدوانية عند الأطفال ، وسلبيةً وتمرداً ضد الوالدين و
في مقامهم ، دون انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين . ويعتبر محصلة لتصادم رغبات وطموح
الصغير ، ورغبات ونواهي الكبار وأوامرهم .

والعناد من اضطرابات السلوك الشائعة ؛ وقد يحدث لفترة وجيزة أو مرحلة عابر
أو يكون نمطاً متواصلاً وصفة ثابتة في سلوك وشخصية الطفل . وقد يظهر في البيت ويخ
في المدرسة ، أو العكس . وغالباً ما يكون وسيلة مؤقتة لتحقيق أهداف ومقاصد آنيّة سريعة
الطفل . وفي بعض الأحيان ، يكون سلوك العناد قوياً جداً بردة غير طبيعية ، ويدعى "اضطر

والخطوة الأولى التي يجب اتخاذها بشأن الطفل الذي يعاني من أمثال هذه الاضطرابات السلوكية ، هي التأكد من عدم إصابته بأية أمراض عضوية ، والتي إذا تمت معالجتها ستزول الأعراض الجانبية الناتجة عنها بشكل تلقائي . ثم العمل على إيجاد آليات جديدة للتعامل مع الطفل مع أهمية مراعاة المرحلة العمرية له ، وعدم استعجال النتائج . .! ومن أهمها :

١. **الاعتدال في المعاملة** : وهذا يعني بأن تكون مطالب الأبوين من الطفل معقولة وبإمكان الطفل تنفيذها . فكلما استجاب الوالدان لمطالب الطفل أكثر ، يكون بالإمكان توقع الاستجابة الإيجابية (الطاعة) من قِبل الطفل ؛ إذ كلما كان الأبوان أكثر حساسية وإيجابية في تلبية حاجات الطفل ، كلما كان الطفل أكثر طاعة . أما إذا ظهر سلوك التمرد والعصيان عند الطفل ، عندها يمكن للوالدين أن يشيرا بعبارات معينة إلى الأثر المزعج لسلوك العصيان ومشاعرهما نحو ذلك . ولا بد من إعطاء الطفل فرصة لإبداء رأيه عند وضع القوانين كلما أمكن ذلك ، مما يجعل الطفل أكثر ميلاً إلى الطاعة والابتعاد عن التمرد . كما يجب أن نتوقع عدم الطاعة الفورية من الطفل دائماً ، ولهذا يمكن أن يعطى تحذيراً مسبقاً (لمدة ٥ دقائق) قبل تنفيذ ما يطلب منه . كما يجب السماح له بالتعبير عن مشاعره التي تسبب له الضيق ومساعدته في ، مثل " أنا أكره تنظيف الغرفة " ؛ وهذا لا يعني رفض الطفل للتنظيف ، وإنما عبارة تعبّر عما يشعر به فقط .

بالإضافة إلى ذلك ، لا بد من تجنب الإفراط في القسوة في العقاب (كالضرب على الوجه أو الظهر ، ...) ، لأن ذلك يقود إلى العناد وإظهار غضب الطفل وانزعاجه ، ومن المحتمل أن يتقمص ذلك من شخصية فارض العقاب القاسي .

٢. **الثبات في المعاملة** : يجب ألا يكون هناك تذبذب في معاملة الطفل ؛ مرة نتساهل معه في فرض القواعد ، ومرة نتشدد معه . ولذلك لا بد من أن يتم احترام القواعد التي نضعها من قِبل الطفل ، وعدم السماح بتجاوزها إلا في الحالات الطارئة والنادرة جداً . ويجب عدم السماح للطفل بخرق القواعد من خلال ثورات الغضب التي يبديها ، ويجب تنفيذ الجزاء معه بهدوء والابتعاد عن الغضب الشديد وكل ما يؤدي إلى التطرف ، وذلك لنعطي الطفل انطباعاً بأننا إيجابيين نحوه وأننا واثقين من أنه سيتبع تعليماتنا .

٣. **توفير الأمن والأمان للطفل** : يجب على الوالدين توفير الأمان للطفل في جو أسري مفعم بالمحبة والحنان والثقة ، والعمل على احترام شخصيته ، وتأكيد ذاته ، وإشعاره بأنهما يأخذان عواطفه ومشاعره بعين الاعتبار ولا يستهزآن بها . كما يجب عليهما عدم مقارنته بالأطفال الآخرين بقولهم " أنهم ليسوا عنيدين مثلك " ، وعدم التشكي من الطفل أمام

وبالرغم من ذلك فإنه يكابر . وفي أغلب الأحوال ، يتنازل في النهاية عن إصراره بعد فتر يعقبها أول محاولة من الكبير لمصالحته .

٤. **العناد كاضطراب سلوكي** : وذلك حينما يعتاد الطفل العناد كوسيلة متواصلة ونمط راسـ وصفة ثابتة في الشخصية ؛ وقد يوجه العناد هنا باستمرار نحو مواقف وحاجات ، وهـ قد يؤدي إلى اضطراب خطير في سلوك وعواطف وأفكار الطفل ، بسبب نزوعه إلـ المعاكسة والمشاكسة .

٥. **العناد الفيزيولوجي** : إن بعض الإصابات العضوية للدماغ (مثل بعض أنواع التخلف العقلي) يمكن أن يظهر الطفل معها في مظهر العناد السلبي

هذا ويمكن تصنيف العناد بناءً على أنماط الاستجابة السلوكية كما يلي :

١. **نمط المقاومة السلبية** : حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويتجهم ويصبح حزيناً هاد ومنسحباً ، أو يشكو ويتذمر من أن عليه أن يطيع ، أو أنه يتمثل لحرفية التعليمات ، ولكن ليس لروح القانون .

٢. **نمط التحدي الظاهر " لن أفعل ذلك "** : حيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساء لفظية ، أو للانفجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه .

٣. **نمط العصيان الحاقد** : ويؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما طلب منه تماماً ؛ فالطفل الذي يطلب إليه أن يهدأ مثلاً ، يصرخ بصوت أعلى .

أساليب التغلب على المشكلة :

عند دراسة حالة طفل عنيد يجب أن يوضع في الاعتبار النقاط التالية ، أو أكثر من نصفها على الأقل ، يظهر لمدة نصف عام ، حتى نوجه له هذه الصفة أو الخاصية أو الاضطراب .

أ/ هل غالباً يفقد اتزانه ويتعكر مزاجه ؟

ب/ هل الطفل مجادلاً للكبار غالباً ؟

ج/ هل يتحدى أوامر الآخرين ويرفضها أغلب الأحيان ؟

د/ هل يتعمد عمل تصرفات تضايق الآخرين ؟

ه/ هل يلوم الآخرين (الأخوة ، الأم ، الأب ، المعلّم ، ...) على ما وقع هو فيه من أخطاء ؟

و/ هل يتمكن الطفل من استفزاز من معه ؟

ز/ هل الطفل غالباً يصر على الانتقام ؟

لأن هذا يشعره بأهمية شخصيته ، ويسوقه نحو الانصياع والطاعة ، والكف عن كل أنواع العصيان والعناد .

٩. **اتباع السلوك المثالي** : حينما يكون الطفل في حالة غضب وعناد فذلك يعني أنه في حالة انفعال شديد ولا يمكن إقناعه بسهولة ، وهو غير مستعد لسماع النصائح والإرشادات . ولا فائدة من الانتقاد في مثل هذه الحالة ، بل من الأفضل التحدث بلسان المشاعر ، ومن خلال انتهاج سلوك سلمي مقرون بالصبر والتأني . لقد ثبت من خلال التجارب العملية ، أن الطفل يميل نحو السكون والطاعة في مثل هذه الحالات ، وينصاع لرأي والديه ، ويكف عن عناده سريعاً .

١٠. **مكافأة السلوك الإيجابي** : لا بد من الثناء على سلوك الطاعة عند الطفل في كل مرة يقوم بذلك . كما أن الجزاء المادي لسلوك الطاعة يكون فعالاً عند الأطفال من عمر ١٢ سنة وما دون ، مثل مشاهدة أحد البرامج الهادفة والمفضلة للأطفال ، أو قطعة حلوى ، أو نحو ذلك .

١١. **الإنذار** : وعندما تفشل جميع الجهود السلمية ، نضطر لانتهاج أسلوب الإنذار والتلويح له بأن أمثال هذه التصرفات لا تجديه نفعاً ، وقد تنتهي بمعاقبته . وعند التكرار يتحول الإنذار إلى تهديد ، ونادراً ما ينتهي بالعقاب . ومن الطبيعي أن أمثال هذه الحالات تطبق حينما نستيقن جدواها في إصلاح شأن الطفل ، وإلا فإننا إذا علمنا بانعكاساتها السلبية لا يجوز لنا إتباعها ، لأن الهدف هو البناء لا الهدم .

١٢. **التجاهل** : ومن الطرق المتبعة في معالجة السلوك السلبي لدى الطفل ، تجاهله وتركه . فالطفل الذي يكثر من الصياح والضجيج يمكن تجاهله أو حتى يمكن الخروج من الغرفة وتركه وحده يصرخ ويبكي . لقد تبين من خلال الدراسات بأن تجاهل الطفل مفيد في بعض الحالات ، لأنه حينما يلحّ في البكاء والعناد ، ويرى أن لا أحد يهتم لسلوكه هذا ، يضطر للكف عنه ومعاودة سلوكه القويم .

١٣. **العقاب الفوري** : يرى البعض ضرورة العقاب أثناء وقوع العناد مباشرة ، بشرط معرفة نوع العقاب الذي يجدي مع هذا الطفل بالذات ، لأن نوع العقاب يختلف في تأثيره من طفل إلى آخر . فالعقاب بالحرمان أو عدم الخروج أو عدم ممارسة أشياء محببة ، قد تعطي ثماراً عند طفل ولا تجدي مع آخر : المهم عدم تأجيل العقاب حال وقوع العناد . وتكون نقطة البداية هي تأجيل الحوار ولو لحظات يراجع فيها الطرفان موقفهما . ويستأنف الحوار بعد ذلك بأسلوب يكون فيه الإقناع سيد الموقف ، ولا يجوز أن ينقطع

الآخرين أو قولهم بأن الطفل عنيد أمامه ، حتى لا يشعر بالقوة والسيطرة على الوالدين وقدرته على التحكم فيهما ، مما يزيد في العناد . فالعلاقة الحميمة مع الطفل تشعره بالأمن وبمزيد من المحبة ، ويصبح أكثر ميلاً إلى الطاعة . كما أنه كلما زاد حب الطفل لنا كان تقبله لتوجيهاتنا أفضل .

٤. **توعية الطفل بأسلوب الحياة :** على الآباء توعية الطفل تدريجياً وتعليمه أسلوب الحياة والمسارعة إلى بناء أسس الطاعة عند الطفل منذ نعومة أظفاره لكيلا يصبح أمره أكثر صعوبة في المستقبل . وعليهم توعيته شيئاً فشيئاً بالنمط الأخلاقي الذي يلتزمون به ، لكي يفهم ما يجب اجتنابه وما هو الموقف الواجب اتخاذه إزاء كل مسألة . كما ويجب توعيته بقيمة وقدر شخصيته لغرض أن يدرك أنه فرد ولا يليق به سلوك العناد لأن في ذلك انتقاصاً لشخصيته ؛ فإذا ما شعر الطفل أن له مكانة في النفوس فإنه يسعى إلى الحفاظ عليها وإصلاح سلوكه المنحرف .

٥. **توفير القدرة المناسبة :** فالأب الذي يحترم قواعد المرور ويتحدث عن رجل الأمن بشكل جيد ، من المرجح أن يكون أطفاله أكثر امتثالاً للسلطة والطاعة من سلوك التمرد والعصيان .

٦. **الحث على التكلم :** ويمكن الدخول مع الطفل في حديث من أجل اكتشاف السبب الذي يدفعه نحو العناد ، وما الداعي لعدم الإصغاء لكلام الوالدين ، وما الباعث على انزعاجه ولماذا يتصرف على هذه الشاكلة . فالطفل يتحدث عادة بصراحة وصدق عن مشكلته ونفس هذا الحديث يعتبر بالنسبة للطفل بمثابة المتنفس عما يختلج في نفسه . ومن ناحية أخرى ، يقودنا لمعرفة السبب في انحراف سلوكه ، وهذا يجعلنا أكثر قدرة على اتخاذ الموقف الصحيح إزاءه .

٧. **ذكر القصص والحكايات :** ويقوم هذا الأسلوب على ذكر قصص عن حياة الناس أو حتى عن الحيوانات ، ويؤثر ذلك كثيراً في لجم عناد الطفل لأنه يصغي إليها بكل اهتمام ويحاول التشبه بها . وليس من الضروري في هذا المجال الإتيان بقصص حقيقية أو مسبوكة ، بل يمكن اختلاق أية قصة وعرضها على الطفل بشكل هادف ومثير .

٨. **تكليفه بعمل أو مهمة محدودة :** من الضروري أن نمنح للطفل شخصيته ، لكي يشعر بأهميته ويسعى للتعاون معنا من أجل حفظ مكانته . ومن الأساليب المتبعة في إشعاره بشخصيته ، هو أن نكلفه بعمل أو بمهمة – ولو كانت صغيرة – ونشجعه على أدائها

الاتصال بالآخرين والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة وعدم الاكتراث بما يحدث فيها ، وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر فترات طويلة وربما طوال الحياة .

ويعرف أيضاً على أنه نمط من السلوك يتميز بإبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهمات الحياة العادية ، ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل ، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية ، ويصحب ذلك عدم التعاون ، وعدم الشعور بالمسؤولية ، وأحياناً الهروب بدرجة ما من الواقع كما يعرف ملمان وشيفر الانسحاب الاجتماعي بأنّه " الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب ، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي" .

ويتضمن الانسحاب الاجتماعي ثلاثة أبعاد هي الآتية :

أ - تجنب العلاقات الاجتماعية .

ب - وجود مشاعر ذاتية متمثلة بالشعور بالوحدة النفسية .

ج - تشتمل الوحدة النفسية على مشاعر غير سعيدة

أعراض الانسحاب الاجتماعي :

إن أعراض الانسحاب تتكون من مجموعتين ، هما :

أولا : مجموعة الأعراض العاطفية :

أ- الشعور بالانفصال عن الآخرين والشعور بالخوف ، وعدم التأكيد للذات ، والنبذ والشعور بالوحدة بين الآخرين .

ب- الشعور بالخجل والحساسية والخنوع .

ت- الشعور بالعجز .

ث- مشاعر الاغتراب وعدم الفهم والرفض .

ج- مشاعر الافتقار إلى الود .

ثانياً : مجموعة أعراض سلوكية :

ا . تجنب المنسحب الدخول في العلاقات الاجتماعية .

ب . تعوز المنسحب الخبرات والمهارات الاجتماعية على نحو مستمر .

ج . لا يطور المنسحب صداقاته .

د- لا يتعلم المنسحب قيم الآخرين ، ولا يشاركهم آراءهم .

هـ- ليس لدى المنسحب ثقة بكفاءاته الاجتماعية .

الحوار أو يؤجل إلى وقت لاحق ، حتى لا تنعدم معه الفائدة المرجوة . إن إرجاء الحوار إلى وقت لاحق يشعر الطفل أنه قد ربح المعركة دون وجه حق ، ويشعره بزهو الانتصار ، مما يدفعه إلى تكرار سلوك عناده ومكابرته . ويجب أن يعتمد على قاعدة " أن العناد من الطفل لا يقاوم بعناد من الكبار ، بل بحوار دافئ عاجل " .

١٤. **التعاون بين المنزل والروضة والمدرسة :** لا بد من التعاون بين الأطراف المختلفة للتخلص من سلوك التمرد أو العصيان عند الطفل . فمعرفة كل من الوالدين والمربين بحقائق نمو الطفل ، وحقيقة ظهور العناد في مراحل نمو معينة عند الطفل ، كفيل بوضع برامج وقائية علاجية للتخلص من هذا السلوك اللاجتماعي عند الطفل .

وبالإضافة إلى الأساليب السابقة ، على الوالدين الانتباه إلى التوصيات التالية :

١. عدم التمييز في معاملة الأطفال لأي سبب كان ، لأن ذلك يثير في نفوس الأطفال الشعور بالغيرة ، ويؤدي إلى التمرد والعصيان .
٢. عدم صياغة طلباتنا من الطفل بطريقة تشعره بأننا نتوقع منه الرفض ، لأن ذلك يفتح أمامه الطريق لعدم الاستجابة والعناد .
٣. البعد عن إرغام الطفل على الطاعة ، واللجوء إلى دفئ المعاملة والمرونة في المواقف . فالعناد البسيط يمكن أن نغض الطرف عنه ونستجيب فيه لما يريد هذا الطفل ، ما دام تحقيق رغبته لن يأتي بضرر ، وما دامت هذه الرغبة في الحدود المقبولة .
٤. الحذر من سرعة الاستجابة لعناد الطفل ؛ رغم أن الاستجابة الفورية تنطوي على نتيجة فورية ، وهي إسكات الطفل وإنهاء بكائه وعناده ، إلا أنها تتضمن ضرراً فادحاً ، وهو التأثير السلبي الذي تغرسه في أعماقه ، وتخلق منه في المستقبل شخصية مستبدة تحيل نهار الوالدين إلى ليل حالك . أضف إلى ذلك ، أن حالة العناد إذا تواصلت لدى الطفل تسوقه إلى اتباع الطرق المنحرفة في المستقبل ، ثم تكون عاقبة أمره تلقي الكثير من الضربات والصفعات في ميدان الحياة الاجتماعية .

مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال :

يعرّف الانسحاب الاجتماعي بأنه الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية وبناء صداقة مع الأقران إلى كراهية

٨- من العوامل المؤثرة عدم اختلاط الطفل بأطفال في مثل عمره ، وكذلك بالكبار من خارج أسرته .

٩-عدم حصول الطفل على إعجاب الجماعة ، فالطفل الذي لا يعتبز نفسه مصدراً لإعجاب الجماعة يكون على استعداد لتنمية الشعور بالدونية والانسحاب .

١٠-تكون الإعاقة نفسها أحياناً سبباً في الانسحاب الاجتماعي ، فالمتخلفون عقلياً يميلون إلى الانزواء والبعد عن نشاط الجماعة ، ويكتفون بالمراقبة ، ويعود ذلك إلى كثرة المواقف الإحباطية التي يتعرضون لها .

- **قياس الانسحاب الاجتماعي وتشخيصه :**

توجد ثلاثة أساليب رئيسية لقياس الانسحاب الاجتماعي عند الأطفال ، وهي :

١- **الملاحظة الطبيعية :** وهي الأكثر استخداما ، وتتمتع هذه الطريقة بالصدق الظاهري ، حيث أنها تتضمن ملاحظة أنماط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر وكذلك تمكن هذه الطريقة الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر ، ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعدية المرتبطة بسلوكه ، وهذا له أهمية كبيرة في تحليل السلوك ، وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة .

٢- **المقاييس السيكومترية :** وتعرف هذه الطريقة باسم (ترشيح الأقران) ، وتشمل تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي ، والمكانة الاجتماعية للطفل . وأصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع .

٣- **تقدير المعلمين :** تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم التقدير السلوكية التي يقوم المعلمون باستخدامها لتقييم الانسحاب الاجتماعي للأطفال ، وتشمل هذه القوائم جملة من الأنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى إظهار الطفل لها .

ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك الانسحاب الاجتماعي ، القائمة التي أعدها كل من روس ، ولارسي ، وبارتون .

أساليب ضبط سلوك الانسحاب الاجتماعي :

تعتبر أساليب تعديل السلوك من الأساليب التي أثبتت فعالية عالية في خفض سلوك الانسحاب الاجتماعي بشكل ملحوظ من هذه الأساليب ما يلي :

و- الامتناع عن المبادرة في الحديث أو اللعب أو الاهتمام بالبيئة ، يقتنع بالمشاهدة دون مشاركة .

ويمكن إجمال الأعراض التي تظهر على الطفل المنسحب اجتماعياً بالنقاط الآتية :

١- عدم المشاركة في النشاطات مع غيره من الأطفال .

٢- عدم اللعب الجماعي أو تجنبه .

٣- التعامل بطريقة بعيدة عن الود والمحبة .

٤- تجنب المبادرة والتفاعل مع الآخرين .

٥- قضاء معظم الوقت منفرداً .

٦- تجنب محادثة الآخرين والخجل الشديد عند التحدث معهم .

أسباب مشكلة الانسحاب الاجتماعي :

ويمكن تحديد أسباب الانسحاب الاجتماعي بما يلي :

١- الخوف من الآخرين فالتفاعل معهم يصبح مساوياً للألم النفسي بالنسبة للطفل .

٢- الراشدون غير العطوفين أو الغاضبون أو المتوترون يمكن أن يشكِّلوا لدى الطفل رغبة في الانسحاب ، إذ يقترن وجود الناس بالألم .

٣- الخبرات الباكرة القاسية مع الأخوة ، فيصبح الطفل شديد الحساسية والمراقبة لذاته . ويتوقع استجابات سلبية من الآخرين كالإغاظة أو التخويف أو الإحراج . مما يجعله يتجنب الآخرين .

٤- نقص المهارات الاجتماعية ، قد يتعلم الطفل من أسرته سلوكيات اجتماعية سلبية كعدم النظام ، الإغاظة ، اختطاف الأشياء ، مما يبعد الآخرين عنه .

٥- رفض الوالدين لرفاق الطفل : مما يشعره أن الأصدقاء الذين اختارهم ليسوا جيدين ، وهذا ينتج لديه شكاً في ذاته ، وميلاً إلى الانسحاب ، إذ تصبح العلاقة بالآخرين غير ذات قيمة .

٦- رفض الوالدين الطفل سواء كان الرفض مقصوداً أو كان غير مقصود ، وهذا يدفعه إلى الانسحاب إلى عالم الخيال والأحلام والأماني ، وقد يظهر الرفض على شكل كراهية موجهة من الوالدين إلى الطفل أو نشاط أو إهمال .

٧- الوالدان اللذان يعرقلان أنشطة الطفل بالحزم الشديد من دون أن يتركا له فرصة التحدث وإبداء الرأي مما يدفعه إلى الانسحاب .

أ ـ **التلقين الجسدي Physical Prompts** : ويكون بلمس الطفل جسديا بهدف مساعدته على أداء السلوك ، كالمشاركة في الألعاب الجماعية ، والمناسبات الاجتماعية بشكل مناسب .

ب ـ **التلقين اللفظي (Verbal Prompts)** : ويكون على شكل تعليمات تساعد الطفل في القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب .

ج ـ **التلقين الإيمائي (Gestural Prompts)** : وهو عبارة عن تلقين من خلال الإشارة أو النظر باتجاه معين ، أو بطريقة معينة .

الإخفاء :

هو الإزالة التدريجية للتلقين ، حتى يستطيع الطفل المنسحب أداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية . ويتم ذلك عن طريق تحديد المثيرات التمييزية الطبيعية التي ستعمل على ضبط الاستجابة بعد التوقف عن استخدام المثيرات التمييزية المساندة ، ثم تحديد خطوات الإخفاء وبعدما يتضح أن الاستجابة المستهدفة أصبحت تحدث بشكل متواصل من قبل الطفل نتيجة التلقين . هنا يمكن البدء بإخفاء التلقين تدريجيا .

٤- التعزيز الإيجابي :

ويكون بالانتباه للطفل عندما يقترب من الآخرين وتفاعله معهم ، وتعزيز ذلك إيجابيا من قبل المعالج ، حيث يقوم بالمبادرة إلى التفاعل الإيجابي مع الطفل حتى يستجيب له .والتعزيز الإيجابي هو : إضافة مثير معين بعد صدور الاستجابة المرغوبة مباشرة ، مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة ، مثل : الثناء على الطفل عند قيامه بالمشاركة والتفاعل مع أقرانه أثناء اللعب الجماعي .

٥- تنظيم ظروف البيئة :

تنظيم الأحداث والمثيرات القبلية في البيئة الاجتماعية للطفل ، وذلك بهدف زيادة احتمالات حدوث التفاعل الاجتماعي بينه وبين الأطفال الآخرين . ومما يساعد على ظهور السلـــوكيات المقبولة تدعيم ثقة الطالب بنفسه من خلال مواقف صفية تعتمد على المشاركة والاحترام المتبادل .

١- تشكيل السلوك :

(تشكيل السلوك الاجتماعي المناسب للطفل مع أقرانه) ويكون ذلك باتباع الخطوات التالية :

أ ـ تحديد السلوك المستهدف وتعريفه ، أي تحديد السلوك الاجتماعي النهائي المراد الوصول إليه ، وتعريفه بدقة وموضوعية على شكل هدف سلوكي اجتماعي .

ب ـ تحديد السلوك المدخلي وتعريفه عن طريق اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي المستهدف ، وذلك من أجل تعزيزه وتقويته بهدف صياغة السلوك النهائي ، وتسمى هذه الاستجابة بنقطة البداية أو السلوك المدخلي .

ج ـ اختيار معززات فعالة ، وذلك للمحافظة على درجة عالية من الدافعية لدى الطفل ، وهذا بدوره يتطلب اختيار المعززات المناسبة في الوقت المناسب .

د ـ الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدل حدوثه مرتفعا .

هـ ـ الانتقال تدريجيا من مستوى أداء إلى مستوى أداء آخر للسلوك الاجتماعي المرغوب فيه .

٢- النمذجة :

ويكون ذلك لمساعدة الطفل المنسحب اجتماعيا على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعيا مع أقرانه بطريقة جيدة ، وقيام الطفل بتقليد السلوك الاجتماعي المرغوب فيه ، ومن ثم تعزيزه بالطرق المختلفة . ومن أهم العوامل التي تزيد من فعالية طريقة النمذجة في خفض السلوك الاجتماعي لدى الطفل ما يلي :

أ ـ جاذبية النماذج المستخدمة على أن تكون ذات مكانة كبيرة عند الطفل ، ومن نفس الجنس .

ب ـ قدرة الطفل المنسحب على تقليد سلوك النموذج ، والاستمرار بأداء السلوك بعد اكتسابه .

٣- التلقين والإخفاء :

التلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية مساعدة ، وذلك بهدف زيادة احتمالية أداء الطفل للسلوك الاجتماعي المستهدف . ويقسم **التلقين إلى ثلاثة أنواع وهي :**

العطوفة قد تولد رغبة لدى الطفل في الانسحاب . لذا يجب على الأب أن يتواجد ما أمكن في هذه الفرص حتى يشعر الطفل بالأمن أثناء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين كما أن هذا الوجود يساعد الأب في تحليل طريق لعب الطفل ويكتشف المشكلات في حال وجودها ويتدخل فوراً ، كما أنه يجب أن تبدأ بتوفير مجموعات اللعب في البداية بشكل صغير ثم تبدأ بزيادة عدد أفراد هذه المجموعات بالتدريج .

(ب) توفير نماذج تفاعل اجتماعي :

غالباً ما يتعلم الأطفال من خلال النمذجة لذا احرص على توفير نماذج تفاعل اجتماعي إيجابية من خلال القصص والتحدث عن خصائص الآخرين الإيجابية واحرص على تعليم الأطفال كيف يكونون على وفاق مع الآخرين وكيف يتجنبون الشجار والشكوى المستمرة . ويؤكد بعض المختصون في المجال على أهمية التوضيح ، فبإمكانك توضيح النماذج السلبية للأطفال المضطربين كأن تخبر طفلك عن الأطفال غير المحبوبين وما هي السلوكيات التي يقومون بها كإغاظة الآخرين وإهانتهم وغير ذلك ، ولا بد بأن تخبر طفلك عن الأطفال المحبوبين وما هي خصائصهم لأن ذلك ينمي الشعور بالأمن والثقة بالذات وبالتالي يزيد من قدرة الطفل على المشاركة في التفاعلات الاجتماعية .

(ج) احترام الطفل وتقبله وتقبل أقرانه ذوي السلوك السوي :

عليك أن تقنع الطفل بأنك تهتم به وترغب به ليس فقط من خلال الكلمات الطيبة بل ومن خلال الفعل فالأسرة هي نموذج قوي وواقعي لتقبل الجماعة للفرد . فالأطفال الذين لا يشعرون بالانتماء والتقبل في البيت يجدون صعوبة كبيرة في المشاركة مع جماعة غير مألوفة .

إن العلاقات الأسرية يجب أن يتم تحسينها باطراد في مجالات الدفء العاطفي الأسري والدعم والانفتاح في التعبير عن المشاعر ويجب تشجيع الأطفال الكبار على مناقشة علاقاتهم مع الرفاق ، وعليك كولي أمر أن تصغي بتعاطف وتقدم اقتراحاتك ومساعدتك . وفي الوقت نفسه عليك أن تعبّر عن وجهة نظر ايجابية ومتفائلة حول عضوية الطفل في مجموعة الرفاق ، إذ يمكنك أن تبدي تعاطفاً عندما يتحدث طفلك عن مجموعة من الأطفال لا يسمحون لغيرهم بأن يشارك باللعب معهم ، حيث يمكن مناقشة هذا الأمر مع الطفل وتبيان الأسباب المتوقعة له كحب هذه الجماعات للبقاء في مجموعات صغيرة . كما يجب أن تبين للطفل أن هناك تدرجاً في التنقل في المراكز في الجماعات يعتمد على معايير عدة كالذكاء والمهارات الرياضية بحيث يمكن أن

٦- التدريب على المهارات الاجتماعية :

وهذا يكون باستخدام النمذجة ولعب الأدوار والتعليمات والتغذية الراجعة ، والتعزيز كزمرة علاجية واحدة متعددة العناصر وذلك لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب .

٧- تدريب الزملاء والأصدقاء والرفاق :

حيث يتم تدريب الأطفال الذين لديهم مهارات اجتماعية متطورة على التفاعل مع الأطفال المنسحبين ، وعلى وجه التحديد فإنه يتم تعليم الأطفال وتدريبهم على الاستجابة بطريقة إيجابية للطفل المنسحب عندما يقترب منهم أو يحاول التفاعل معهم . ويطلق على الطفل يتم تدريبه للعمل على تعديل سلوك الطفل المنسحب اسم الشريك .

الوقاية من مشكلة الانسحاب الاجتماعي :

على كلا الوالدين اتباع مجموعة من التعليمات من أجل الوقاية من هذه المشكلة وتفادي تفاقمها إن ظهرت بوادرها على الطفل ، وذلك باتباع ما يلي :

(أ) تعريض الطفل لخبرات تفاعل اجتماعي جديدة :

من الضروري توفير خبرات تفاعل اجتماعي إيجابية مع الآخرين للأطفال وخصوصاً في المراحل العمرية المبكرة ، حيث أن طبيعة المهارات الاجتماعية والتدريب عليها غالباً ما تتطلب تدريب الطفل في مواقف اجتماعية حية ، وتبين الدراسات أن بالإمكان زيادة مستويات التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الصغار في السن من خلال تنظيم الأبعاد البيئية المختلفة وتجدر الإشارة إلى أهمية مراعاة مدى مناسبة هذه التفاعلات لعمر الطفل النمائي وعلى ضوء ذلك فأنت توفر للطفل خبرات التفاعل الاجتماعي حتى يعرف كيف يستطيع أن يقيم علاقات إيجابية مع الآخرين ويشير بعض الباحثين إلى أن الأطفال في هذه المرحلة المبكرة من العمر مرحلة الطفولة المبكرة ، قد لا يكونوا قد تعلموا مهارات التفاعل والتعامل مع الآخرين لذا يجب العمل على توفير أكبر قدر ممكن من التفاعلات الاجتماعية الإيجابية .

إنه من الممكن أن تنشأ المشكلات عندما يلعب الأطفال الصغار دون إشراف ، إذ أن كثيراً من الخبرات السلبية مثل الإغاظة أو التخويف أو الإحراج قد تؤثر على الطفل فتجعله يحاول تجنب الآخرين ، إن خوف الطفل من الآخرين قد يسبب العزلة الاجتماعية ، فالطفل الخائف يرغب في الهروب من مشاعر الخوف والإحراج عن طريق تجنب الآخرين لأن التفاعل مع الآخرين يكون مرتبطاً بالشعور بالألم . أيضاً فإن وجود السلطة الوالدية المتوترة أو الغاضبة غير

يفهم الطفل ذلك . وعلى ضوء ذلك يجب أن تنمي في طفلك الثقة بالنفس عن طريق حرية التعبير عن الرأي وغير ذلك .

(د) تنمية ثقة الطفل بنفسه وحب المغامرة :

تؤكد العديد من البحوث التربوية على أهمية تعليم الطفل المهارات الرياضية ودورها في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي ، لذا علّم الطفل مهارات قد يعتبرها الآخرون مهمة كالمهارات الرياضية لأنها تعتبر ذات قيمة عالية عند الأطفال الأقران ، إذ أنه قلما يكون الرياضيون المتميزون معزولون ، كما أنه يجب أن تشجع الأطفال على الاهتمام بهواية أو أكثر بحيث توفر إمكانيات ممارسة هذه الهواية وعززه على ذلك وبالتالي يشعر الأطفال بالثقة بالنفس وحب المغامرة ومن ثم سيصبحون قادرين على تحمل النبذ .

وبالتالي قد يزول أي خجل محتمل أن يكون لديه إذ أنه ثبت أن الخجل يحول دون التفكير والحديث والتعبير عن وجهة النظر ، ويفقد الطفل فرصاً حياتية كثيرة وبالتالي يؤثر على جوانب النمو الاجتماعي لديه .

الفصل الحادي عشر

التوحد: Autism

- تعريف التوحد .
- أنماط التوحد .
- خصائص الأطفال ذوى اضطراب التوحد .
- تقييم تشخيص التوحد .
- طرق علاج التوحد .

يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها" .

يعرفه (عادل عبد الله : ٢٠١١) على انه "اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل ، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته . كما يتم النظر إليه أيضا على أنه إعاقة عقلية ، وإعاقة اجتماعية ، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة أى تحدث في ذات الوقت ، وكذلك على أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف التوحد autism spectrum disorders يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية ، والتواصل ، واللعب الرمزي فضلا عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة" .

ويمكن تعريف الطفل التوحدي بأنه "ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر ، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله ، واستغراق في التفكير ، مع ضعف في الانتباه ، وضعف في التواصل ، كما يتميز بنشاط حركي زائد ، ونمو لغوي بطيء ، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية ، ويقاوم التغيير في بيئته ، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره ، والتعلق بهم" .

وختاماً ، يمكن من خلال هذا التعريف ، وعلاوة على التعريفات السابقة القول بأنها تركز على العديد من المظاهر السلوكية التي ينفرد بها الأطفال التوحديين ، وتتوافر في كافة الكتابات التي تناولت تعريفهم وتشخيصهم وهذه المظاهر السلوكية هي :

(١) أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل .

(٢) أنه اضطراب يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره من قبيل : الانشغال الزائد بالذات ، وقلة الاهتمام بالآخرين ، وضعف الاستجابة للمثيرات الحسية من حوله ، وأنه روتيني في أدائه للأعمال ويقاوم التغيير بشدة ، ويؤثر العزلة ، وأنشطته محدودة جداً ، وأنه في احتياج إلى الاعتماد على الآخرين والتعلق بهم ، وأن نشاطه الحركي قد يكون زائدا عن المعتاد ويتميز بأنه نشاط غير هادف .

(٣) أنه اضطراب ينظر إليه في الوقت الحاضر على أنه ينقسم إلى خمسة أنواع فرعية هي ما يسميه بعض الباحثين طيف التوحد :

أ- الاضطراب التوحدي التقليدي (أي كما أشار إليه ليو كانر) Classic Autistic Disorder

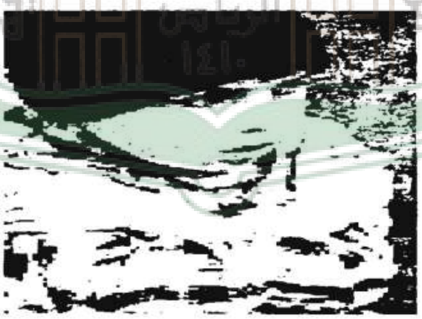
ب- اضطراب ريت Rhett's Disorder

الفصل الحادي عشر

التوحد :Autism

يعد "التوحد" Autism من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه ، ولوالديه ، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه ، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له ، وبتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى ؛ فضلا عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين .

وتعود كلمة "التوحد" إلى أصل إغريقي هي كلمة " أوتوس" Autos وتعني الذات ، وتعبر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال . كما تم التعرف على هذا المفهوم قديما في مجتمعات مختلفة مثل روسيا والهند ، في أوقات مختلفة ولكن بداية تشخيصه الدقيق إن صح هذا التعبير لم تتم إلا على يد" ليو كانر" Leo Kanner, 1943 حيث يعد أول من أشار إلى " التوحد" كاضطراب يحدث في الطفولة وأطلق عليه لفظ Autism وقصد به التقوقع على الذات .



تعريف التوحد :

ومما يجدر ذكره أن هناك تعريفات للتوحد يصعب على المرء حصرها ، ويتبين لمن يستعرض هذه التعريفات أن تعريف المفهوم من الصعوبة بمكان ، وأن صعوبة تحديده تلقي بظلالها الكثيفة على تشخيصه وتقويمه .

حيث يعرفه عبد العزيز الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم (١٩٩٢) "بأنه اضطراب شديد فى عملية التواصل والسلوك ويجعل الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذى المعنى الواضح كما

اضطراب التحطم الطفولى (أو تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة Childhood Disintegrative Disorder

حالة نادرة :

"يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيان في السنتين الأوليين م العمر .

"تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائ (كالقدرة على الحركة ، التحكم في التبول والتبرز ، المهارات اللغوية والاجتماعية)

ح-اضطراب نمائي عام غير محدد ervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS)

لكي يشخص الطفل في هذه المجموعة :

لا تنطبق عليها المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة .

ليس فيها درجة الاضطراب الموضوعة لأي من الأنواع السابقة حسب الكتيب التشخيص للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV) ، فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو مهارات التواصل اللغو وغير اللغوي ، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة ، وأن لا تكون المقاييس تنط على اضطرابات معينة في التطور (السابق ذكرها) ، انفصام الشخصية (الفصام) ، اضطرا حب النفس .

ثانيا : خصائص الأطفال ذوى اضطراب التوحد :

- الخصائص الجسمية :

من حيث المظهر ورغم بعض الحالات الاستثنائية ، فإن غالبية الأطفال التوحد يتسمو بمظهر عادى أو فوق العادى بل أن الكثيرين منهم يكونون جذابين فى مظهرهم ، **ومن حي الطول** فإن الأطفال التوحديين فى السن ما بين سنتين وسبع سنوات يكونون أقصر بوصف جماعة من المجتمع بعامة إذا قورنوا بأشقائهم فى نفس المدى العمرى ، **ومن حيث الأمراض البدنية** ، فإن التقارير تشير إلى أن الأطفال الأوتيزم فى مراحل حياتهم المبكرة يعانون م صعوبات فى الجهاز التنفسي ونوبات حمى وإمساك وحركات غير منضبطة فى الجهاز الهضم وقد لا ترتفع درجات حرارة الجسم لديهم عند الإصابة بمرض معدي وقد لا يشتكون من الأ بصورة لفظية أو إيمائية ومن الغريب أن سلوكهم وارتباطهم بالآخرين قد يتحسن بدرجة ملحوظ

ت- اضطراب أسبيرجر Asperser's Disorder

ث- اضطراب التحطم الطفولى (أو تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة) . Childhood Disintegrative Disorder

ج-اضطراب نمائي عام غير محدد Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS)

وسوف نتناول كل اضطراب بشرح مبسط كما يلي :

اضطراب ريت Rhett's Disorder :

هذه الحالة تحدث للبنات فقط ، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر ٦-١٨ شهراً ، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشي ، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام ، التفكير ، استخدام اليدين ، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص ، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها ، أو حركات مميزة لليدين .

اضطراب أسبيرجر Asperser's Disorder :

وأحد اضطرابات التطور ، عادة ما يظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم اكتشافه متأخراً ، ويتميز بالتالي :

نقص المهارات الاجتماعية .

صعوبة في التعامل الاجتماعي .

ضعف التركيز والتحكم .

محدودية الاهتمامات .

وجود ذكاء طبيعي : الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي ، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد عالي القدرات . " High Functioning Autism "

"لغة جيدة في التخاطب والقواعد : في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق ، كالدعابة والسخرية .

(٩) قصر مدى الانتباه .

(١٠) تشيع لدى أطفال الأوتيزم أعراض التبول الوظيفي ومشكلات الأكل والأرق .

- السمات الاجتماعية :

غير قادرين على المشاركة في العلاقات الاجتماعية ، واضطرابات في القدرة على ت صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك . كما ينقصهم التعاطف مع وجهات ن ومشاعر الآخرين ، وهم غالبا لا ينشغلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة المحيطين بهم ، ومن ناحية أخرى فهم لا يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين ، وإن بد المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع ، وربما يهربون منتصف المحادثة . كذلك فالفرد التوحدى عادة ما يصبح فى حالة تهيج وإثارة عندما يقتر الآخرون منه ، أو يتفاعلون معه ، كما أنه في الغالب يرفض أي نوع من الاتصال ، والتفا الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه ، ويمكن أن يشترك الطفل التوحدى في الاتصال بشخ آخر من خلال التحدث بتودد وحب ، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذي يعانى من إ فكرية شديدة . ومن أهم الدلائل على قصور العلاقات الاجتماعية لدى التوحديين ما يلي :

- يفشل الطفل التوحدى في التفاعل مع الآخرين .
- لا تبدو عليه السعادة مطلقا .
- يتسم بقصور في الاهتمامات الاجتماعية (صداقة – إشارات – ايماءات) .
- يتأخر نموه الاجتماعي عن نموه العقلي .
- يتسم باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي وذلك فيما يلي :

أ) عدم إدراك أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والأفكار والخطط والمشاعر

ب) عدم القدرة على التنبؤ بما يمكن أن يفعله الآخرون فى المواقف المختلفة

ت) العجز أو القصور الاجتماعي (العجز الاجتماعي – اللامبالاة الاجتماعية – الفظا الاجتماعية) .

- اللغة والتواصل :

تنمو اللغة لدى الطفل التوحدى ببطء ، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق ، كما أنه يستخ الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح ، وغالبا ما يقوم بتكرار بعض الكلم أو عبارات ليس لها معنى أو ترديد عبارات ينطق بها شخص آخر ، وفى أغلب الأحيان ن

عندما يكونون مرضى إلى الحد الذى قد يكون ذلك مؤشراً على وجود مرض بدنى فى بعض الحالات .

- الخصائص المعرفية والسلوكية والانفعالية :

يتسم أطفال التوحد بالخصائص المعرفية والسلوكية والانفعالية الآتية :



(١) اختلاف فى نمو المهارات المعرفية .

(٢) اختلاف الوضع والحركة (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية ، والمشي على أطراف أصابع القدمين) .

(٣) الاستجابات الغريبة للتأثيرات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة) ، بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة (مثل قفل الأذنين تجنباً لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحد) ، وأحياناً يظهر انبهاراً لبعض الإحساسات (مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح) عادات مختلفة فى الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ المتكرر ليلاً المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضرب الرأس) .

(٤) التقلب الوجداني (الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب العاطفي ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات أو إحداث غير مؤذية والقلق العام والتوتر .

(٥) سلوك إيذاء النفس مثل ضرب الرأس بعنف أو خلع الشعر أو عض الإصبع أو اليد وإيذائها دون أن يتألموا .

(٦) مقاومة التغير وقد يحدث عند التغير هلع أو انفجارات مزاجية .

(٧) فرط الحركة .

(٨) العدوان والانفجارات الانفعالية تلاحظ بلا سبب .



- يبدو وكأنه أصم .
- لا يحب فى الغالب أن يلمسه أحد .
- ينجذب إلى الموسيقى وخاصة الخفيفة منها .
- يستمتع ببعض الألعاب التى تتضمن التلامس الجسدي .
- لا يقدر الخطر ولا يهابه .

تقييم وتشخيص التوحد :

إن تشخيص التوحد يعد من المشكلات الصعبة التي تواجه الباحثين والمهتمين ب ميدان التربية الخاصة . وقد يعود ذلك إلى أمرين :

- **أولهما** : أن التوحد ليس اضطرابا واحدا وإنما يبدو في عدة أشكال ، مما حدا با إلى تسميته طيف التوحد كما سبقت الإشارة عند تعريف "التوحد" .

- **ثانيهما** : أن مفهوم " التوحد" قد يتداخل مع مفاهيم أخرى ؛ كفصام الطفولة ، وال العقلي ، واضطرابات التواصل ، وتمركز الطفل حول ذاته ، واضطرابات الحواس وغير من مفاهيم .

- ومن هنا يمكن القول أن التشخيص الصحيح للتوحد أمر على قدر كبير من الذ والأهمية لأنه يساعد على الاهتمام بقدرات كل طفل وتطوير بيئة مناسبة له ، مع وضع ب تعليمي فردي له ضمن الإطار العام للمنهج النربوي السائد في المجتمع .

- وقد ذكر " ريتفو وفريمان" (Ritvo& Freeman, 1987) أن حوالي ٦٠٪ الأطفال التوحديين يكون أداؤهم أقل من ٥٠% على اختبارات الذكاء .

- **أساليب تشخيص التوحد :**

إنه للوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة ، فإن الطفل التوحدي يحتاج إلى تقييم مر مجموعة من المتخصصين وذوى الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال ، أخصائي نفسي ،

يستخدم الإشارات بدلا من الكلمات ، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذى المعنى ، وإلى جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه ويمكن تحديد أهم الخصائص المتعلقة باللغه لديهم فيما يلي :

- انخفاض فى مهارات التواصل والتعبير عن المشاعر والانفعالات والحالات النفسية التى يمرون بها .
- الترديد المرضى للكلام Echolalia الموجه إليه من قبل الآخرين دون أن يكون ذلك فى محله المناسب وقد يحدث بصورة ببغائية مما يجعل الآخرين يبتعدون عن إقامة أى علاقات اجتماعية معه .
- لا يستطيع استخدام الكلمات التى لديه فى إقامة حوار ذى معنى .
- مدى انتباهه ومعدل احتفاظه بالانتباه قصير .
- يتجنب التقاء العيون أو التواصل البصري .
- قصور فى فهم الحالات العقلية سواء له أو لغيره (اعتقادات – نوايا – انفعالات – بيئة اجتماعية) .
- لا يستطيع ان يستخدم الحديث للتواصل ولا يدخل في حوارات مع الآخرين .

النمو الحسي والإدراكي :

يعتمد الأطفال التوحديون كثيرا فى استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وخاصة اللمس والتذوق والشم ، وإن كانوا يميلون إلى الأطعمة والروائح الكريهة ، ومن الغريب أنهم يستمتعون بالألعاب التى تنطوي على التلامس الجسدي على الرغم من أنهم لا يحبون فى الغالب أن يلمسهم أحد ، وقد يبدو الطفل التوحدى وكأنه أصم وإن كانت قدرته على السمع عادية ، حيث نجده فى مواقف أخرى يسمع صوتا منخفضا بدرجة غير قليلة كذلك إذا تمت مضايقته فإنه قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة ، كما أنه من جانب آخر قد يضع أصابعه فى أذنيه أو يغطيهما بيديه وذلك عند سماع أصوات معينة ربما لا تروق له أو لا يميل إليها ، وغالبا ما ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها ، ونجد هذا الطفل فى بعض الأحيان إما مفرط الحساسية للألم أو لا يشعر به بسهولة ، كما أنهم لا يدركون الموقف الذي يوضعون فيه ، ولا حتى الإدراك الحقيقي للخطر الذي يواجههم فى أى موقف ويمكننا سرد بعض السمات الحسية الإدراكية لهم فيما يلي :

- يكون مفرط الحساسية للألم أو لديه قصور فى الإحساس بالألم .
- يلجأ إلى الضوضاء الشديدة عندما يضايقه أحد .

الأحدث حول النشاط الكهربي للمخ لدى المصابين بالتوحد ، توصلت إلى نسبة شذوذ وخلل في النشاط الكهربي للمخ تتراوح ما بين ٣٢% إلى ٤٥% لدى الأطفال التوحديين . بيد أن الدراسة الأكبر والأحدث التى أجراها " تساي" Tsai, 1985 على عينة تكونت من مائة طفل توحدي ، أظهرت وجود شذوذ في النشاط الكهربائي للمخ لدى ثلاث وأربعين واحد منهم . وأن هذا الشذوذ يعبر عن وجود أعصاب ونتوءات منتشرة أو موجات بطيئة . وقد أثبتت هذه الدراسة أن هذا الخلل في النشاط الكهربي للمخ يصاحبه نوبات مرضية لدى المصابين بالتوحد .

(جـ) أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRT.

(د) قد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى التوحد ، ولكن قد تكون مصاحبة له ، مثل وجود التشنج وغيره .

الثاني : التقييم السلوكي :

قبل البدء في الحديث عن التشخيص السلوكي للتوحد يتعين تقرير أن هذا الاضطراب لا يتم تعريفه أو تحديد معالمه إلا سلوكيا . وكما اتضح لنا في عرض مؤشراته وعلاماته وأعراضه أنها من الكثرة بحيث اضطر الباحثون والمهتمون إلى تقسيمه إلى عدة أشكال كما سبق أن ذكرنا ، وأنه يتداخل-من حيث كونه اضطرابا-مع اضطرابات أخرى أشرنا إليها آنفا .

وحين نقول أن التوحد يعرف ويحدد سلوكيا ، فإن هذا يعني -من بين ما يعنيه- أنه ليست هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيصه ، مع أن الاختبارات يمكن لها أن تؤكد أو تنفي وجود مشكلات أخرى ؛ ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون-في تشخيص التوحد-على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل . وعلى أية حال ، يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات والأعراض التي يبديها الطفل ، زادت احتمالات تشخيص حالته كطفل توحدي .

كما أكد ذلك باحثون عديدون من أن التشخيص الصحيح لاضطراب التوحد ليس أمرا سهلا ، وأن معظم الخبراء يجمعون على أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات ؛ على أن يشمل الفريق المتعدد التخصصات أخصائيين مختلفين يعملون معا لتشخيص الحالة . وغالبا ما يشمل الفريق : الأخصائي النفسي ، طبيب أطفال يعرف التوحد ، أخصائي قياس تربوي ، أخصائي علاج نطق ، أخصائي قياس سمع ، وربما أخصائي اجتماعي .

أطفال تطوري ، طبيب أطفال في مجال الأعصاب ، محلل نفسي وغيرهم) . كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل من نواحي معينة ، وبطرق منوعة ، ومن ثم تتجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها ، لتقرير وجود التوحد ، ودرجته وأساليب علاجه .

ويرى أن **تقييم حالة الطفل التوحدي** عادة ما تشتمل على جهود ستة من المهتمين بحالة الطفل يمكن القول عنها أنها أساليب تشخيصه تشخيصاً أقرب للصحة . وهذه الأساليب الستة من التقييم يمكن إيجازها كالتالي :

الأول : التقييم الطبي :

بادئ ذي بدء يتعين القول أنه حتى الآن لا توجد تحاليل مخبرية أو أشعة يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات فالتشخيص صعب للغاية؛ كمن يحاول فك رموز لعبة المتاهة ، وهى لعبة بلا ألوان أو حدود ، ولذلك نستطيع القول أن تشخيص حالة التوحد يعكس احتمالات الطبيب المعالج .

والتقييم الطبي عادة ما يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة ، والنمو الجسمي والنمو الحركي للطفل ؛ حدوث أمراض سابقة ، السؤال عن الأسرة والأمراض التي تشيع فيها ، ومن ثم القيام بالكشف السريري وخصوصا الجهاز العصبي ، وإجراء بعض الفحوص التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها ومنها :

(أ) صورة صبغيات الخلية (أو التحليل الكروموسومي) Chromosomal analysis لاكتشاف الصبغي الذكري الهش Fragile –X syndrome

(ب) التخطيط الكهربائي للمخ EEG : يعتبر التخطيط الكهربائي للمخ Electro – Ensepho- Graph من أوائل الطرق المستخدمة في فحص المخ عند المصابين بالتوحد . وقد بينت البحوث والدراسات التي استخدمته أن هناك شذوذا وخللا في النشاط الكهربائي للمخ وكذلك نوبات مرضية Seizure لدى التوحديين ، وكانت من الدلائل الواضحة التي تعزز الأساس البيولوجي لنشوء أعراض الاضطراب . وقد بينت إحدى الدراسات الباكرة عام ١٩٦٤ أن هناك شذوذا في النشاط الكهربائي للمخ عند ٥٨% ، ونوبات صرع عند ١٩% من عينة الدراسة المكونة من ٥٨ من اليافعين التوحديين . وقد أظهرت الدراسات التالية شذوذا يتراوح بين ١٣% إلى ٨٣% في النشاط الكهربائي للمخ لدى التوحديين وذلك في ضوء أسلوب البحث ، والعينة ، والمعايير التى تم الاعتماد عليها في تفسير هذا النشاط . ولكن الدراسات

(أ) مهارات قبل الدراسة .
(ب) مهارات دراسية : القراءة والحساب .
(ت) مهارات الحياة اليومية : الأكل واللبس ودخول الحمام .
(ث) أساليب التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات .

الخامس : تقييم التواصل communication assessment :

التجارب المنهجية ، والملاحظة التقييمية ومناقشة الوالدين ، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية ، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل ، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية ، أو بالإشارة) ، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه . ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة ، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك .

السادس : التقييم الوظيفي occupational assessment :

المعالج الوظيفي occupational therapist يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية sensory integrative Functions ، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع والبصر والتذوق والشم واللمس) ، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير) ، مهارات الحركة الكبرى (المشي والجري والقفز) . ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر) ، والمهارات البصرية ، وعمق الإدراك .

تشخيص التوحد :

الأطفال ذوو التوحد في صورته التقليدية لديهم درجة تتراوح بين المتوسطة والشديدة من اضطراب التواصل ، وإقامة العلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى ما يعانون من درجات التخلف العقلي .

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقياس للتشخيص على النحو التالي :

ويلعب الوالدان دوراً حيوياً في عملية التشخيص ، وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل وأنماطه السلوكية . ولأن اضطراب التوحد يتم تعريفه سلوكيا ، فإن من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف متنوعة ، زادت احتمالات تشخيص التوحد بشكل صحيح . ويصبح من المؤكد – أو في حكم المؤكد أن ذلك أفضل من قيام أخصائي واحد بعملية التشخيص .

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لكي نحدد طبيعة اضطراب التوحد ، يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضا الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل . ومعروف في أدبيات التربية الخاصة أن عملية المقارنة بين الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التى تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بالتشخيص الفارق . والإعاقة الفكرية واضطرابات اللغة ، حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد . كذلك يرى بعض الباحثين أنه يجب فحص الطفل طبيا للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية مثل الفينيل كيتون يوريا Phenylketoneuria (PKU) ومتلازمة كروموسوم X الهش Fragile X-Chromosome حيث يصاحب هذان الاضطرابان أو هاتان المشكلتان الطبيتان التوحد في بعض الحالات .

وبالتالي يمكن القول أن المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين الذين ينظر إليهم على أنهم توحديون ، تتباين تباينا كبيرا ، ومن هنا ، فإنه من الضروري وجود تقييم مستمر يتصف بالقوة والثبات فيما يتصل بالنمط السلوكي ومقداره ، وبيئته ، وكذلك الوظيفة أو الدور الذي يلعبه السلوك ، وذلك من أجل تطوير خطط علاجية فعالة .

الثالث : التقييم النفسي :

حيث يقوم الأخصائي النفسي باستخدام أدوات ونقاط قياسية لتقييم حالة الطفل . من حيث الوظائف المعرفية والإدراكية ، والاجتماعية ، والانفعالية ، والسلوكية ، ومن حيث التكيف . ومن هذا التقييم تستطيع الأسرة والمدرسون معرفة جوانب القصور والتطور لدى الطفل .

الرابع : التقييم التربوي (التعليمي) :

يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي Formal assessment باستخدام أدوات قياسية ، والتقييم غير الرسمي informal assessment باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين . والغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية :

البند الثالث : نمطية وتكرار الحركات الجسمية (مثل رفرفة اليدين والأصابع ، وحركة الجسم المتكررة) .

البند الرابع : الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة .

(ب) تأخر أو نقص التفاعل غير السوي ، ويبدأ تحت سن الثالثة (بنداً واحداً على الأقل) :

البند الأول : التفاعل الاجتماعي .

البند الثاني : اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي .

البند الثالث : اللعب الواقعي والتخيلي .

(ت) الاضطراب غير المصنف من حيث تشخيصه مع اضطراب ريت Rhett's Disorder أو اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder .

طرق علاج التوحد :

لا يوجد علاج محدد وشافي من التوحد ، ولكن هناك طرق عديدة لتحسين الحالة وهى : العلاج الدوائي ، والعلاج السلوكي والتعليمي والعلاج التكميلي .

مبادئ التدخل العلاجى :

هناك مجموعة من المبادئ التي ينبغي يجب مراعاتها في استخدام أى برنامج علاجي وهى :

١- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية .

٢- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي .

٣- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردى وضمن مجموعة صغيرة .

٤- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .

٥- مراعاة تنويع أساليب التعليم .

٦- مراعاة أن يكون الوالدين جزءًا من القائمين بالتدخل .

أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي للتوحد :

أولاً : أساليب التدخل النفسي .

(أ) على الأقل ستة بنود من المجموعات الأولى والثانية والثالثة ، بحيث تتضمن الأعراض بندين على الأقل من المجموعة الأولى ، وبنداً واحداً من كل من المجموعتين الثانية والثالثة ، كما يتضح فيما يلي :

المجموعة الأولى : ضعف نوعي وكمي في التفاعل الاجتماعي (بندان على الأقل) :

البند الأول : الضعف الشديد لدى الطفل التوحدي في استخدام كثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية ، كالتفاعل من خلال تبادل النظرات والتقاء العينين ، وتعبيرات الوجه ، وأوضاع الجسم ، والإيماءات والإشارات .

البند الثاني : العجز عن بناء الصداقات مع الأقران .

البند الثالث : قلة الاهتمام فيما يتعلق بالمشاركة في اللعب (فالطفل التوحدي في صورته التقليدية لا يكون بمقدوره أن يطلب لعبة ما ، أو إحضارها ، أو الإشارة إليها) .

البند الرابع : نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع أفراد المجتمع من حوله .

المجموعة الثانية : ضعف نوعي وكمي في القدرة على التواصل (بنداً واحداً على الأقل) :

البند الأول : تأخر أو نقص القدرات اللغوية (مع عدم تعويض هذا التأخر أو ذلك النقص باستخدام طرق أخرى للتواصل من قبيل الإشارة مثلا) .

البند الثاني : في حال القدرة على الكلام ، لا يكون بمقدور الطفل أن يبدأ الحديث مع الآخرين أو أن يستمر في الحديث معهم .

البند الثالث : الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام ، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به .

البند الرابع : نقص قدرة الطفل على تنويع اللعب ، أو ممارسة اللعب التخيلي ، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم ، أو القيام بألعاب ممن هم في سنه .

المجموعة الثالثة : اهتمامات وأنشطة نمطية مكررة (بنداً واحداً على الأقل) :

البند الأول : الانهماك الكامل باللعب بلعبة معينة ، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة ، وفي نطاق ضيق محدود ، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة .

البند الثاني : مقاومة تغيير الرتابة .

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاينMelany Klien وبرونو بتلهيلم Betteelheim ومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عُولجت باستخدام الأساليب النفسية ، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام فنيات التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيدا للأشخاص التوحديين ذوى الأداء الوظيفي المرتفع ، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض .

كما يُقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة .

ثانيا : أساليب التدخل السلوكي :

-تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا واستخداما في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد أو الأوتيزم وهى تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً . **وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في :**

أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً .

ب- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس .

ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماما للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها .

د- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك .

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية :

١- برنامج لوفاس Young Autistic Program (YAP)

٢- برنامج معالجة وتعليم الذاتويين وذوى إعاقات التواصل (TEACCH)

٣- التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training (SST)

٤- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)

ثانيا : أساليب التدخل السلوكي .

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي .

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات .

خامساً : أساليب العلاج بالحمية الغذائية .

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المُستخدمة في التخفيف من آثار التوحد العديدة والمتنوعة . ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية .

ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن التدخلات العلاجية التي سوف نستعرضها بعضها ذا طابع علمي لم تثبت جدواه بشكل قاطع وبعضها ذا طابع تجارى وما زال يعوزها الدليل على نجاحها .

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكن ينجح مع الأشخاص التوحديين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد .

أولاً : أساليب التدخل النفسي

حاول ليو كانر Leo Kanner 1943 وهو أول من اكتشف الذاتوية تفسير الذاتوية فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم .

ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم . ويُركز العلاج النفسي على أهمية أن يخبر الطفل علاقات نفسية وانفعالية جيدة ومشبعة مع الأم ، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعى لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة .

نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال الذاتوية والإعاقات المشابهة . ويُعطى برنامج TEACCH اهتماما كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدى إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص الذاتوى .

ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي : تنظيم الأنشطة التعليمية – تنظيم العمل – جدول العمل . استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية .

ويمتاز برنامج TEACCH بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردى على حسب احتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يُلبى احتياجات هذا الطفل .

وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه ما زال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجر المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى .

٣-التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training (SST) :

ويشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص التوحديين على التفاعل الاجتماعي . ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يُعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها التوحديين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لا بد وأن تمثل جزءًا أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية .

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبنى على عدد من الافتراضات وهى :

أ -إن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب .

ب -إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية .

٥- العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش :) Daily Life Therapy DLT

٦- التدريب على التكامل السمعي : Auditory Integration Training (ALT)

٧- العلاج بالتكامل الحسي : Sensory Integration Therapy (SIT)

٨- التواصل الميسر : Facilitated Commumication(FC)

٩ - العلاج بالمسك أو الاحتضان : Holding Therapy(HT)

١٠- العلاج بالتدريبات البدنية : Physical Exercise(PE)

١١- التعليم الملطف : Gentle teaching(GT)

١٢- العلاج بالموسيقى : Music Therapy (MT)

١- برنامج لوفاس Young Autistic Program (YAP) :

ويُسمى أحياناً بالعلاج التحليلى السلوكي أو تحليل السلوك Behavior Analysis Therapyومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو Ivor Lovaas في عام ١٩٧٨ وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف فيجب ألا تقل مدة العلاج عن (٤٠) ساعة في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل ، ويُركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل وكذلك التدريب على مهارات المطابقة Matching واستخدام المهارات الاجتماعية والتواصل .

وتُعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج ، كما أن كثير من الأطفال يؤدون بشكل جيد في المدرسة أو العيادة ولكنهم لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية . وبالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه استخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم .

٢- برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوى إعاقات التواصل (TEACCH) Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children :

وهذا البرنامج من إعداد ايريك شوبلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردى . كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات الذاتويين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة

ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل عالي من القلق ، ولذلك يُر
هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدنى تطلق فيه الإندروفينات Endorphins ال
تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكي
الطفل غير المناسبة واهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ول
هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته .

٦- التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training(ALT) :

وقد ابتكر هذه الطريقة Berard 1993 وقد افترض في هذا النوع من التدريب الأشخاص التوحديين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقد في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤ عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان التوحديين بحيث يستمع لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدى إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زي الحساسية في حالة نقصها .

ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (١٠) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لـ (30) دقيقة . وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدى إلى زيادة الحساسية الصو أو السمعية أو تقليلها ويؤدى ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفى وينتج نقصاً في السلوكي السيئة . وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النت الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يق بها أطراف معارضون أو محايدون خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمى .

٧- العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy (SIT)

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي دكتورة Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من العلاج المهني ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصا من الجسم وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم ؛ السمع البصر ، اللمس ، التوازن ، التذوق) قد يؤدى إلى أعراض توحد وهذا النوع من العلاج قائم ع تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها .

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال التوحديين يُظهرون أعراضاً تدل عا خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكام الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين .

ج- إن القصور الاجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية القصص ، تمثيل الأدوار ، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقة .

وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يُلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض التوحديين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها فى مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفى بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يُكتسب بطريقة تلقائية طبيعية .

٤- برنامج استخدام الصور في التواصل Picture Exchange (PECS) Communication System :

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص التوحدي الذي يعانى من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تُمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب ، الأم ، المدرس) حيث ينبغي علي هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل ويُساعده علي تنفيذ رغباته ويستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل ، يشرب ، يقضي حاجته ، يقرأ ، في سوبر ماركت ، يركب سيارة .....الخ) .

وهذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي وقد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام ١٩٩٤ حيث ابتكر هذا البرنامج الذي يقوم علي استخدام الشخص التوحدي لصورة شيء يرغب في الحصول عليه ويقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب . ويُبنى هذا البرنامج علي مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز ، التلقين ، التسلسل العكسي ..... وغيرها . ولا تقتصر فائدة برنامج PECS على تسهيل التواصل فقط بل أيضا يُستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل .

٥- العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش) Daily Life Therapy DLT :

ابتُكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة Kiyo Kitahara من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهى كلمة باليابانية تعنى الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان فى علاج التوحديه لم يتم إثباتها علمياً .

١٠- العلاج بالتدريبات البدنية Physical Exercise(PE) :

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland 1988 وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات إيجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة ٤٨% من (١٢٨٦) فرداً من آباء الأطفال التوحديين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص فى أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية فى الهواء الطلق تؤدى إلى تناقص هام فى إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي .

١١- التعليم الحاني أو الملطف Gentle teaching(GT) :

استخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee فى١٩٨٥ كنوع من العلاج وقد أشار إلى أنه ناجح مع الأفراد ذوى صعوبات التعلم والسلوكيات التى تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم على افتراضين أساسيين هما :

٥-أن يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها .

٦-أن سلوكيات المعاندة أو العناد هى رسائل تواصلية قد تُشير إلى اضطراب أو عدم راحة أو قلق أو أغضب .

١٢- العلاج بالموسيقى Music Therapy (MT) :

هذا النوع يُستخدم فى معظم المدارس الخاصة بالأطفال التوحديين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يُساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turntaking وهى مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية .

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية فى تهدئة الأطفال التوحديين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية علي سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال التوحديين وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل .

وهناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى ولكنها الأقل شيوعاً وانتشاراً .

٨- التواصل الميسر Facilitated Communication(FC) :

هذه الطريقة هي إحدى الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوى محدود ولذلك فهو يحتاج إلى ميسر يزود بالمساعدة الفيزيائية ، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه بينما الفرد التوحدي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يُبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل التوحدي إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلي وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدى في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر (الآخر) كما أن هذا الأسلوب يُركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة . وقد حظيت هذه الطريقة باهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر .

٩- العلاج بالمسك أو الاحتضان Holding Therapy (HT) :

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مُسيطر على الطفل التوحدي ينتج عنه عدم توازن انفعالى مما يؤدى إلى انسحاب اجتماعى وفشل فى التفاعل الاجتماعى وفى التعلم وهذا الانعدام فى التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث .

وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب ، الأم ، المدرس ...... .الخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقى بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (٤٥) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجون جداً من هذا الوقت الطويل . وفى هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع آباء وأمهات التوحديين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدى بالطفل فى النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الاهالى الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدأو فى التدقيق فى وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعى .

وقد كانت Mary Callaha أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والتوحد وقد أشارت إلى أن طفلها الذى يعانى من التوحد قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقرى .

والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدى إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدى إلى اضطرابات فى التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للتوحد السكر ، الطحين ، القمح ، الشيكولاتة ، الدجاج ، الطماطم ، وبعض الفواكه .

ومفتاح المعالجة الناجحة فى هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألومونيوم .

وفى إحدى الدراسات قام بها Rimland 1994 لاحظ فيها أن ٤٠ :٥٠% من الآباء شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ، ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هى الجلوتين Glutem مثل القمح والشعير والكازين Casein والذي يوجد فى لبن الأبقار ولبن الأم .

إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالهم .

التعليم Education :

تعتمد طرق التعليم التي يتم تطبيقها بالنسبة لطفل التوحد على أن لكل طفل مناطق قوة ومناطق ضعف ، فيجب عمل برنامج تعليمى خاص يفصل لكل حالة على حدة حسب مناطق الضعف والقوة فيه وعدم الضغط على مناطق الضعف فيما يعرف بخطة التعليم الفردية Individualization education plan (IEP) ويتم وضع هذه الخطة بواسطة أخصائى التربية وأخصائى الطب النفسي بالاشتراك مع والدي الطفل ، ولكن يجب أن يتم تطبيق هذه الخطة مع وجود الطفل وسط أطفال آخرين طبيعيين حتى يشكلوا مثل جيد للطفل يتعلم منه الكلام والتصرفات الإجتماعية المختلفة ويمكن تحقيق ذلك من خلال عمل فصول لذوى الاحتياجات الخاصة وسط المدارس التى يدرس بها الأطفال الطبيعيين .

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي :

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالتوحد فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجه وحتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالتوحد ، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة فى تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبى أو التدميرى ولكنه لا يؤثر فى جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدى إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر .

ويُركز العلاج الدوائى أو الطبى فى الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات فى الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما فى المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتويين من ذوى الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهرى هى الظواهر التى تتداخل مع أدائه الوظيفى وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمى يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوى أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التى تُستخدم مع الأطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة Stimulant Meauiation أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Antianxiety Medication والعقاقير المضادة للتشنجات Anticpnvulsants .

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات Vitamins Treatment :

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً فى السلوكيات .

فقد أجريت فى فرنسا دراسة Lelard et al 1982 وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين "ب٦" ينتج عنه تحسنات سلوكية فى (١٥) طفل ضمن عينه قوامها (44) طفل ذاتوى وفى دراسات أخرى قام بها Martieau et aL 1988 قررت أن خلط فيتامين "ب٦" مع الماغنسيوم Magnesium يُنتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "ب" بمفرده .

خامساً : العلاج بالحمية الغذائية Dietary Treatment (DT) :

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء فى حياة الطفل الذي يعانى من التوحد دور بالغ الأهمية .

- جمال الخطيب . (١٩٩٥) . **تعديل سلوك الأطفال المعوقين : دليل الآباء والمعلمين** إشراق للنشر والتوزيع ، عمان – الأردن .
- جمال القاسم ، ماجدة عبيد ، عماد الزعبي .(٢٠٠٠) .**الاضطرابات السلوكية** ، دار صف للنشر والتوزيع ، عمان .
- جمال حسن .(١٩٨٣) .**مشاكل الطفولة المبكرة** ، جامعة دمشق ، دمشق .
- جمعة يوسف .(٢٠٠٠) . **الاضطرابات السلوكية وعلاجها** . دار غريب للطباعة والنش والتوزيع ، القاهرة .
- جوزيف ريزو وروبرت زابل .(١٩٩٩) . **تربية الأطفال المضطربين سلوكياً (النظر والتطبيق)** ، الجزء الأول ، ترجمة عبد العزيز الشخص ، وزيدان السرطاوي ، العين ، د الكتاب الجامعي .
- حسين الدريني .(١٩٨٥) . **مقياس الخجل** ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- خولة أحمد يحي (٢٠٠٠) . الاضطرابات **السلوكية والانفعالية** . عمان ، دار الفكر للطبا والنشر والتوزيع .
- خولة أحمد يحي . (٢٠٠٣) . **الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ، عمان ، دار الف للطباعة والنشر والتوزيع .
- دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والمشرف التربوي .(١٩٩٣) . **صندوق الملكة علي للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني** ، الطبعة الثالثة ، عمان ، مطبعة الصفدي .
- دوغلاس توم .(١٩٥٣) . **مشكلات الأطفال اليومية** ، ترجمة إسحاق رمزي ، د المعارف ، مصر ، القاهرة .
- ديكس كلير .(١٩٩٤) . **علاجك النفسي بين يديك** . ترجمة عبد العلي الجسماني ، الد العربية للعلوم ، بيروت .
- رأفت محمد بشناق . (٢٠٠١) . **سيكولوجيا الأطفال : دراسة في سلوك الأطف واضطراباتهم النفسية** ، دار النفائس ، الأردن .
- رمضان أحمد (٢٠٠١) : **علم النفس الفسيولوجي** ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- رمضان محمد القذافي (١٩٩٤) : **سيكولوجية الإعاقة** ، طرابلس : الجامعة المفتوحة .
- روبرت كوجل وألن كوجل (٢٠٠٣) . **تدريس الأطفال المصابين بالتوحد "استراتيجيا التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم"** ، ترجمة عبد العزيز السرطاوي ووائل أبو جودة وأيمن خشان ، دبي : دار القلم للنشر والتوزيع .

قائمة المراجع

- أبو لبدة سبع وآخرون . (١٩٩٦) . **سيكولوجيا النمو (مختارات معربة)** ، عمان ، مركز صعوبات التعلم ، منشورات كلية الأميرة ثروت .
- أحمد عبد الخالق .(١٩٩٣) . **استخبارات الشخصية** ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- أحمد محمد الزعبي .(١٩٩٤) . **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال** ، بيروت ، دار الحكمة .
- أحمد محمد الزعبي . (٢٠٠٠) . **التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم** . عمان : دار زهران للنشر .
- أحمد محمد الزعبي .(٢٠٠١) . **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال** ، الرياض : دار زهران للنشر والتوزيع .
- أنتوني ستور (١٩٧٥) : **العدوان البشري** ، ترجمة : محمد أحمد غالي وإلهامي عبد الظاهر ، الإسكندرية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- أيمن البلشة .(١٩٩٤) . الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال التوحديين والمتخلفين عقليًا ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان .
- أيوب محمد الشحيمي .(١٩٩٤) . **مشاكل الأطفال كيف نفهمها** ، دار الفكر اللبناني ، بيروت .
- توفيق الخولى .(١٩٩٩) . فعالية برنامج إرشاد جمعي في التقليل من الخجل ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، الجامعة الأردنية ، عمان – الأردن .
- تيسير مفلح كوافحة . (٢٠٠٣) . **القياس والتقييم وأساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة** ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الأردن ، عمّان .
- تيسير مفلح كوافحة ، عمر فواز عبد العزيز .(٢٠٠٥) .**مقدمة في التربية الخاصة** ، دار الميسرة للنشر والتوزيع ، الأردن ، عمّان .
- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي .(١٩٨٨) . **معجم علم النفس والطب النفسي** ، الجزء الأول ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- جمال الخطيب ومنى الحديدي .(١٩٩٧) . **المدخل إلى التربية الخاصة** ، الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

- عبد الله بن محمد الصبي (٢٠٠٣) . **التوحد وطيف التوحد : أسبابه . أعراضه . كي التعامل معه** ، سلسلة التوعية الصحية(٣) . الرياض : المؤلف .
- عبد الله سليمان ابراهيم ومحمد نبيل عبد الحميد .(١٩٩٤) . العدوانية وعلاقتها بموه الضبط وتقدير الذات لدى عينة من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالمم العربية السعودية ، **مجلة علم النفس** ، العدد الثلاثون ، أبريل ــ مايو ــ يونيه ، ال الثامنة ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ٣٨ ــ ٥٨ .
- عصام فريد عبد العزيز .(١٩٨٦) .المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك العدوانية المراهقين وأثر الإرشاد النفسي في تعديله ، **رسالة دكتوراه** ، كلية التربية ، جامعة أسيوط
- عماد الزغلول .(٢٠٠٣) . **نظريات التعليم** ، عمان ، دار الشروق للنشر والتوزيع .
- عماد عبد الرزاق .(١٩٧١) . **مشاكل الطفولة** . مطابع الأهرام التجارية ، القاهرة .
- فاخر عاقل . (١٩٩٩) . **التعليم ونظرياته** ، بيروت ، دار العلم للملايين .
- فاروق الروسان (٢٠٠٦) . **سيكولوجية الأطفال الغير العاديين- مقدمة في التر الخاصة**.، ط٦ ، دار الفكر ، الأردن ، عمان .
- فتحي السيد عبد الرحيم .(١٩٨٢) . **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التر الخاصة** . الكويت ، دار القلم .
- كلير فهيم .(١٩٧٨) . **مشاكل الأطفال النفسية** ، دار المعارف ، القاهرة .
- كمال سالم سيسالم .(٢٠٠٢) . **موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي** ، العين : الكتاب الجامعي .
- لندا هارجروف ، جيمس بوتيت .(١٩٨٨) . **التقييم في التربية الخاصة " التقويم التربو** ترجمة عبد العزيز السرطاوي ، وزيدان السرطاوي ، الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية
- ليلى أحمد مصطفى .(٢٠٠٦) . الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النف لدى الأطفال الصم والمكفوفين . **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية التربية ، الجا الاسلامية .
- ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥) : **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق** ، القاهر مكتبة زهراء الشرق .
- مارتن ورامزي هنلي ، روبرتا وألجوزين ، روبورت ، ترجمة : جابر عبد الحميد جـ (٢٠٠٤) . **خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم** . ط ١ ،د الفكر العربي ، القاهرة ، مصر .

- زكريا أحمد الشربيني . (٢٠٠١) . **المشكلات النفسية عند الأطفال** ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- زيدان السرطاوي ، وكمال سيسالم .(١٩٨٧) . **المعوقون أكاديميًا وسلوكيًا : خصائصهم وأساليب تربيتهم**، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع ، الرياض .
- سامي ملحم . (٢٠٠١) . **سيكولوجية التعلم والتعليم** ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .
- سعيد عواد . (٢٠٠٢) . **السلوك الإنساني** ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٧) : دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية . **المجلة التربوية** ، العدد الخامس والأربعون ، المجلد الثاني عشر . ص ص ٣٣-٧٠ .
- شيفر وميلمان (١٩٩٩) : **سيكولوجية الطفولة والمراهقة** ، ترجمة وتعريب : سعيد العزة ، عمان : الدار العلمية الدولية للنشر .
- ضياء محمد منير (١٩٨٢) : علاقة السلوك العدواني ببعض متغيرات الشخصية والاجتماعية لدى طلاب المرحلة الابتدائية ، **رسالة ماجستير** ، كلية التربية ، جامعة المنصورة .
- طه عباس . (٢٠٠١) .**علم النفس الفسيولوجي** ، القاهرة ، دار الصحوة للنشر والتوزيع .
- عادل عبد الله محمد .(٢٠١١) . **مدخل إلى التربية الخاصة** ، دار الزهراء ، الرياض .
- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) : **اضطراب التوحد** ، الطبعة الثانية ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
- عبد الرحمن سيد سليمان .(١٩٩٩) . **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (أساليب التعرف والتشخيص)** ، الجزء الثاني ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
- عبد الرحمن سيد سليمان وإيهاب عبد العزيز الببلاوي .(٢٠٠٥) . **الآباء والعدوانية** ، الرياض ، مكتبة الزهراء .
- عبد الرحمن سيد سليمان . (٢٠٠٤) .**المضطربين سلوكيا** ، الرياض ، مكتبة الرشد (ناشرون) .
- عبد السلام عبد الغفار ويوسف محمود الشيخ . (١٩٨٥) . **سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة** ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
- عبد العزيز السرطاوي ويوسف القريوتي وجلال القارسي .(٢٠٠٢) . **معجم التربية الخاصة** . دبي : دار القلم .

- ميشيل دبابنة ؛ نبيل محفوظ .(١٩٨٤) . **سيكولوجية الطفولة** ، دار المستقبل للن والتوزيع ، عمان .
- نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠) .**الطفل التوحدي في الأسرة** ، الإسكندرية : المك العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع .
- نايف الزارع .(٢٠٠٧) . **اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد** ، دار الفكر ، عمان الأردن .
- نجوى شعبان .(١٩٨٧) . دراسة عاملية للسلوك العدواني في مرحلة الطفولة المتأخر **رسالة دكتوراه** ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- نزيه حمدي ونسيمة داوود .(١٩٨٩) .**مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساء فيها : (مترجم)** ، عمان ، منشورات الجامعة الأردنية .
- نعيم الرفاعي .(١٩٨٢) . الصحة النفسية ، مطبعة ابن حيان ، دمشق .
- نمر عصام يوسف .(١٩٨٥) .**الأسرة ومشكلات أطفالها** . جمعية عمال المطابع التعاونيـ عمان .
- هنا هرمز ؛ إبراهيم صباح؛ يوسف حنا .(١٩٨٨) .**علم النفس التكويني (الطفولة المراهقة)** . دار الكتب للطباعة والنشر ، الموصل .
- ولاء ربيع ، هويدة الريدي (٢٠١٠) . **الموجز في الصحة النفسية** ، دار النشر الدولي الرياض .
- ولاء ربيع ، هويدة الريدي ، رضوى الشيمي (٢٠١٠) .**مقدمة في التربية الخاصة** ، د النشر الدولى ، الرياض .
- ولمان ، ب . ب . .(١٩٩١) . **مخاوف الأطفال** . تقديم عبد العزيز القوصي ؛ محمد ـ الظاهر الطيب ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ط٢ .
- ياسر سالم . (١٩٩٤) . **رعاية ذوي الحاجات الخاصة** ، الطبعة الأولى ، عمان ، منشورا جامعة القدس المفتوحة .
- يوسف القريوتي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل الصمادي .(٢٠٠١) . **المدخل إلى التربي الخاصة** ، دبي ، دار القلم .
- يوسف القريوتي ، عبد العزبز السرطاوي ، جميل الصمادي . (١٩٩٥) . **مدخل إلى التربي الخاصة** . دبي ، دار القلم .

- مالك جرجس (١٩٨١) : سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية ، القاهرة ، مكتبة الآفاق العربية .
- محمد إسماعيل ، محمد ؛ أحمد .(١٩٩٣) . **مشكلات الطفل السلوكية** ، دار الفكر الجامعي ، الإسكندرية .
- محمد راشد ديماس .(١٩٩٩) . **تشاجر الأشقاء : المشكلات السلوكية : أسبابها ، علاجها ، وطرق الوقاية منها** ، دمشق ، دار ابن أدهم للطباعة والنشر .
- محمد زبعور .(١٩٩٣) . الصحة النفسية للطفل المراهق ، بيروت ، عز الدين للطباعة والنشر .
- محمد شفيق . (٢٠٠٢) . **العلوم السلوكية** ، الإسكندرية ، المكتبة الجامعية .
- محمد عودة الريماوى وآخرون .(٢٠٠٤) . علم النفس العام ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .
- محمد قاسم عبد الله (٢٠٠١) . **الطفل التوحدي أو الذاتوي (الانطواء حول الذات ومعالجته : اتجاهات حديثة)** . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
- مريم سمعان .(٢٠١٠) . الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً وعلاقته ببعض المتغيرات (دراسة ميدانية في مراكز رعاية وتأهيل المعوقين ذهنياً في محافظة دمشق) ، **مجلة جامعة دمشق – المجلد ٢٦ ، عدد (٤)** .
- مشارلز شيفر ؛ هوارد ميلمان .(١٩٨٩) . **مشكلات الأطفال والمراهقين** ، ترجمة نسيمة داوود ؛ نزيه حمدي ، ط١ ، منشورات الجامعة الأردنية ، عمان .
- مصطفى القمش ، خليل المعايطة .(٢٠٠٧) . **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة** ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الأردن ، عمّان .
- مصطفى نوري القمش ، محمد صالح الإمام .(٢٠٠٦) .**الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة** ، مؤسسة الطريق للنشر ، الأردن ، عمّـــان .
- مصطفى القمش ، خليل المعايطة .(٢٠٠٩) . **الإضطرابات السلوكية والانفعالية** .الطبعة الثانية ، دار المسيرة ، عمان .
- مصطفي باش (١٩٨٩) : أثر النمذجة في ضبط السلوك العدواني وزيادة السلوك الاجتماعي المرغوب لدى جانحي الأحداث بمدينة الجزائر ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، الجامعة الأردنية ، عمان – الأردن .
- ملاك جرجس .(١٩٩٣) . **مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه** ، مكتبة المحبة ، مصر .

Ritvo,E .& Freeman,B .(1987) . National Sociaty for Autistic children : Definition of Syndrome of Autism . **Journal of autism and childhood schizophrenia, VOL . 8,pp . 162-167.**

Ross, A . (1981) **: Child Behavior Therapy**, John Willey & Sons, New York .

Sharf, R .S (1996) : **Theories of Psychotherapy and Counseling**, Brooks, cole.

Shea, Thomas, M (1978) **: Teaching Children and Youth with behavior Disorder's**, The C .V Mosby Company, U .S .A.

Stainback S ., and Staintack W, (1980) : **Education Childeren with Severe Maladaptive Behaviors**, Torontoy, Grune & Startton INC, New York, U .S .A.

Staum, Myra J . (2000) Music Therapy and Language for the Autistic Child, http ://www .autism .org/music .html .

Steven, J . & Conoley, J . (1984) : **Child Behavior Disorders and Emotional Disturbance :** An Introduction Teach Troubled Children, Englewood Cliffs, Prentic Hall.

Terhin, Paul, (1998) : Some Basic Information about Teach ،

Thurber, S . Crow, A I : Thurber, A . J . & Woffington, M . L (1990) : Cognitive Distortions and Depression in Psychiatrically Dirsturbed Adolescent Inpatients, **Journal of Clinical Psy Cho – logy, Vol . 46, No . 1**

Buss, A . (1960) . The Psychology of Aggression . John Wiley and sons, Inc . New York.

Dodge, K . (1980) . Social Cognition and Children's aggression behavior , **Journal of Child Development** , Vol . 51 . p . 162-170.

girt, C ., Tarrant, K ., & Mariage, T . (1992) . Defining and redefining instructional practice in special education : Perspective in good teaching . Teacher Education and Special Education, 15(2), 62-86.

ıernsey, M . (1989) . Classroom organization : A key to successful management . Academic Therapy, 25(1), 55-58.

- American Psychiatric Association (1994) . **Diagnostic and statistical of mental disorders ,** 4th ed ., (DSMIV) , Washington : DC .author ..
- - Bandura, A . (1969) : **Principles of Behavior Modification** . New York; Holt, Rinehart, and Winston .
- -Birleson, P ., Hudson, I ., & Wolef, S . (1987) . Clinical evaluation of a self – rating scale for depression disorder in childhood (Depression self – rating scale) . **Journal of child psychology and Psychiatry, 28,43-60**.
- Hallahan, D & Kauffman, J . (1991) **: Exceptional Children : Introduction to Special Education** (5 .ed), New Jersey, Prentic – Hall, Inc, Englwood Cliffs .
- Hallahan, D & Kauffman, J . (2003) **: Exceptional Learners : Introduction to Special Education**, New Jersey, Prentic – Hall, Inc, Englwood Cliffs.
- Heward, W . & Orlansky, M . (1988) : **Exceptional Children,** Ohio, Charles E . Merrill .
- Millman, Heward, L . (1981) : **Therapies for School behavior problems**, San Francisco : Jossey – Bass.
- Paul, J . & Epanchin, C . (1992) : **Emotional Disturbance in Children, Theories & Methods for Teachers,** Colombus, Merril Publishing Company .
- Pawlerko, Terese and Lorraine (1999) : Examples of Sympton Presentation in Blind/ Autistic Children in Contrast to Blin / Non Autistic Children a la **DSM – IV Criteria** ،
- Publicatin of NICHCY (2000) : National **Information Center for Children and Yorth with Disabililtes**, General Information about Autism and Pervasive Developmental Disorder ،
- Rhodes, William & Tracy, Micheal, (1984) : Astudy of Child Variance Conceptual Models, U .S . A : The **University of Michigan Press** .
- Rimland, Bernard (1987) : **Vitamin B6** (and magnesim in the treatment of Autism ..

Stevens, S . (1997) . Adjustments in Classroom Management : Excerpts from classroom success for the LD and ADHD child . **[Available : URL http ://www .ldonline .org/ld-indepth- teaching-techniques/class-manag .html]**

Sutherland, S . (1991) . **Macmillan Dictionary of Psychology** Macmillan, New York.

Williams, Ruth M, (1985) : **Children Stealing :** A Review of Theft Control Procedures for Parents and Teachers, Remedial and Special Education.

Yule, W, . Udwin, O, . & Murdoch, K . (1990) . The Jupiter sinking : Effects on children's fears, depression and anxiety . **Journal of Child Psychology & Psychiatry, 31, 1051-1061.**

http ://www .gulfkids .com/ar/index .php?action=show_res&r_id=18&topic_id=1562
http ://www .gulfkids .com/ar/index .php?action=show_res&r_id=4&topic_id=1555

tp ://www .nichcy .org/pubs/factshe/fsltxt .htm .

tp ://www .tsbvi .edu/education/vmi/autistic-vs-nonar-tistic .htm.

tp ://www .unc .edu/depts/teacchteacchn .htm .

avoie, R . (1997) . When the Chips Are Down : Strategies for improving children's behavior . Available **: http ://www .ldonline .org/ld-indepth-techniques/chips .html**

Martella, R ., Marchand,-Martella, N ., Miller, T ., Young, K ., & Macfarlane, C . (1995) . Teaching instructional ideas and peer tutors to decrease problem behaviors in the classroom . Teaching Exceptional Children, **21(1), (53-56).**

- Myles, B . & Simpson, R . (1994) **. Understanding and preventing acts of aggression in school age** children and youth . Preventing School Failure, 38(3), (40-46)

Reber,E & Reber, A (2001) . **The penguin Dictionary of Psychology,** Third Edition , England : penguin Books.

Roffey, S ., & O'Reirdan T . (1997) . Infant Classroom Behaviour : Needs, perspective and strategies . London : David Fulton Publishers.

Shea, Thomas, M . (1978) : **Teaching Children and Youth with behavior Disorders**, U .S .A : The C .V . Mosby Company

- Shores, R ., Gunter, R ., & Jack, S . (1993) . Classroom management strategies : Are they setting events for coercion**? Behavioral Disorders, 18(2), 92- 101).**

Shores, R ., Gunter, R ., Denny, R ., & Jack, S . (1993) . Classroom influences on aggression and disruptive behaviors of students with emotional and behavioral disorders **.Focus on Exceptiona Children, 26(2), (1-9) .**

Smith, D ., & Rivera, D . (1995) . Discipline in special education and general education settings . Focus on Exceptional Children**, 27(5), (1-19).**

الفهرس

مقدمة ٣
الفصل الأول : مدخل إلى دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية ٥
الفصل الثاني : أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية ٤٣
الفصل الثالث : خصائص (صفات) الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا ٧٧
الفصل الرابع : تقييم وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية ٩٧
الفصل الخامس : إدارة الصف لدى المضطربين سلوكيا وانفعاليا وأهم الخدمات المقدمة لهم ١١٣
الفصل السادس : نماذج لبعض الاضطرابات السلوكية (السلوك العدواني) ١٤٧
الفصل السابع : اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية ١٨٧
الفصل الثامن : اكتئاب الطفولة ٢٠٩
الفصل التاسع : السرقة عند الأطفال ٢٢٣
الفصل العاشر : بعض مشكلات الأطفال السلوكية الأخرى ٢٣٩
الفصل الحادي عشر : التوحد ٢٨٣
قائمة المراجع ٣٠٩



BN : 978-603-8120-46-0
300920
R AL-ZAHRAA

دار الزهراء
للنشر والتوزيع

الرياض . طريق مكة المكرمة
ت: ٤٦٤١١٤٤ - ف: ٤٦٥٩٥٣٧
ozahraa@hotmail.com dar_alzahraa@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa